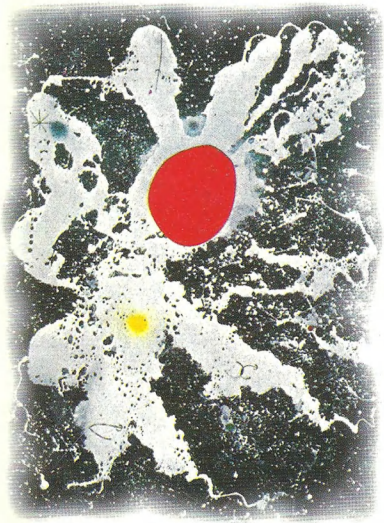
SIGMUND FREUD



VIAȚA MEA ȘI PSIHANALIZA

excelsior

SIGMUND FREUD
VIAȚA MEA ŞI PSIHANALIZA
PSIHANALIZA PENTRU TOȚI

Coperta I: Miró *Discul roşu* (detaliu)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
Freud, Sigmund
Viaţa mea şi psihanaliza / Sigmund Freud; trad. Eugen Pârvulescu, - Timişoara: Excelsior, 2001
p. 180; 19 cm. - (Studii)
ISBN 973-592-037-9
I. Pârvulescu, Eugen (trad.)

61(436) Freud.S.

Traducerea s-a făcut după: **Ma Vie et la Psychanalyse,** Librairie Gallimard, 1928

Toate drepturile versiunii de faţă aparţin Editurii EXCELSIOR, Str. Proclamaţia de la Timişoara nr.5, etaj II, camera 24.A, 1900 Timişoara telefon: 056/201078, fax: 056/201078 – 190096.

ISBN 973-592-037-9

SIGMUND FREUD

I

VIAȚA MEA ŞI PSIHANALIZA

II

PSIHANALIZA PENTRU TOȚI (PSIHANALIZĂ ŞI MEDICINĂ)

Traducere de Eugen Pârvulescu

EXCELSIOR
2001

SUMAR

Viața mea şi psihanaliza..... 9
Psihanaliza pentru toți.....85
Mic lexic freudian.....173

Teoria psihanalitică a complexului lui Oedip a fost formulată, la început, fără să se țină seama de datele sociologice sau culturale. Nimic mai firesc, totuși, având în vedere că psihanaliza nu-și propunea să fie inițial decât o simplă tehnică terapeutică, fondată pe observații clinice. Dar, încetul cu încetul, câmpul ei de aplicație s-a extins: ea a devenit mai întâi o teorie generală a nevrozelor, apoi o teorie a proceselor psihologice de toate genurile și, în cele din urmă, un sistem destinat explicării tuturor manifestărilor corpului și spiritului, ale societății și ale culturii. Aceste ambiții erau, evident, prea exagerate, dar realizarea, fie și parțială, a țelurilor pe care și le asumase psihanaliza impunea o cooperare inteligentă și eliberată de orice idei preconcepute între experții în psihanaliză și reprezentanții altor specialități. Inițiați în principiile psihanalizei, aceștia din urmă ar fi văzut deschizându-se înaintea lor noi domenii de cercetare și ar fi putut, la rândul lor, să le permită psihanaliștilor să beneficieze de cunoștințele și de metodele lor specifice.

Din păcate, noua teorie nu s-a bucurat de la început de o primire binevoitoare și înțelegătoare: dimpotrivă, majoritatea specialiștilor au crezut că e de datoria lor să ignore sau să combată psihanaliza. Care a reacționat claustrându-se într-o recluziune rigidă și esoterică, în timp ce adversarii săi s-au condamnat voluntar la necunoașterea a ceea ce constituie, fără îndoială, o foarte importantă contribuție la știința psihologică.

B. MALINOVSKI

I

M-am născut pe 6 mai 1856 la Freiberg, în Moravia, un orăşel aflat în Cehoslovacia actuală. Părinţii mei erau evrei, eu însumi mă consider evreu. Despre ramura paternă a familiei ştiu că s-a stabilit pentru o lungă perioadă în ţinuturile renane (la Köln), că, în secolul al XIV-lea sau al XV-lea, din cauza persecutării evreilor, a pribegit spre răsărit şi că, în cursul secolului al XIX-lea, a revenit din Lituania, prin Galaţia, într-o ţară de limbă germană, Austria. Am fost adus, la vârsta de patru ani, la Viena, unde mi-am făcut toată instrucţia. La liceu, am fost timp de şapte ani primul în clasă, şi am avut o situaţie privilegiată, nefiind aproape nici o dată obligat să dau examene. Cu toate că eram o familie de condiţie modestă, tatăl meu a ţinut să-mi aleg profesiunea numai după îndemnul inimii. În anii adolescenţei, nu şimţeam o atracţie specială faţă de meseria şi de situaţia socială a unui medic; de altfel, n-am simţit-o nici mai târziu. Eram mai degrabă animat de un fel de sete de cunoaştere, orientată mai ales către ceea ce are legătură cu relaţiile umane decât cu obiectele de studiu specifice ştiinţelor naturii; o sete de cunoaştere care nu căpătase conştiinţa că principala cale de a se realiza

este observaţia. Totuşi, mă atrăgea puternic doctrina lui Darwin, pe atunci la modă, ce promitea parcă să dea un impuls extraordinar pentru înţelegerea lucrurilor din univers. Îmi amintesc că, înainte de terminarea studiilor secundare, am asistat, cu ocazia unei conferinţe populare, la lectura unui minunat eseu al lui Goethe, „Natura", şi în acel moment am decis să mă înscriu la Facultatea de Medicină.

La Universitate, unde am intrat în1873, am trăit mai întâi nişte decepţii puternice. M-am izbit acolo de această stranie pretenţie: trebuia să mă simt inferior şi totodată exclus din rândurie naţiunii respective, pentru că eram evreu. La prima dintre aceste pretenţii m-am opus categoric. N-am priceput niciodată de ce trebuie să-mi fie ruşine de originea mea, sau, cum se spunea mai nou: de rasa mea. Dar la comunitatea de naţionalitate cu ceilalţi am renunţat fără mari regrete. Mă gândeam că, şi fără o atare înregimentare, se va găsi oricând un locşor, în această omenire, pentru un colaborator harnic. O consecinţă, ce se va dovedi ulterior importantă, a acestor prime impresii din viaţa de universitate, a fost că m-am familiarizat de timpuriu cu rolul celui aflat în opoziţie, pus la index de o „majoritate compactă". Astfel s-a cristalizat la mine o anume independenţă faţă de opinia publică.

În plus, a trebuit să constat, din primii mei ani de universitate, că darurile pe care mi le-a hărăzit natura nu-mi dau nici o şansă de succes într-o serie de ramuri ale ştiinţei cărora mă dedicasem, cu un zel juvenil excesiv. Am înţeles astfel cât de adevărate erau vorbele lui Mefisto: degeaba străbaţi ştiinţa de-a lungul şi de-a latul: învaţă fiecare atât cât poate.

Abia când am ajuns în laboratorul de fiziologie al

lui Ernest Brücke mi-am găsit liniştea şi satisfacţia deplină, şi am întâlnit persoane pe care le puteam respecta şi le puteam lua drept model. Brücke mi-a dat o temă de cercetare din histologia sistemului nervos, pe care, spre satisfacţia sa, am putut s-o duc la bun sfârşit, continuând-o apoi într-o manieră proprie. Am lucrat în acest laborator între 1876 şi 1882, cu scurte întreruperi, şi eram privit acolo ca principalul candidat pentru primul post vacant de asistent. Nu mă atrăgeau diversele ramuri ale medicinei propriu-zise, şi n-am devenit doctor în medicină decât în 1881, cu o întârziere serioasă.

Schimbarea radicală s-a produs în 1882, când maestrul meu, pe care-l respectam mai mult decât orice, m-a îndemnat, având în vedere proasta mea situaţie materială, să renunţ la studiile teoretice.Am urmat sfatul său, am părăsit laboratorul de fiziologie şi am intrat ca aspirant la un spital (Allgemeines Krankenhaus). Acolo, am fost în scurt timp promovat intern şi am trecut prin diverse secţii, stând mai bine de şase luni în secţia lui Meynert, ale cărui operă şi personalitate mă fascinaseră încă din vremea studenţiei.

Într-un anume sens, am rămas credincios în acest timp orientării urmate în primele mele lucrări. Brücke îmi dăduse, ca temă de cercetare, măduva spinării la una din speciile inferioare de peşti (Ammocoetes-Petromyzon); am trecut acum la sistemul nervos central al omului, asupra complexităţii căruia descoperirile lui Flechsig privind formarea succesivă a tecilor medulare tocmai aduseseră informaţii preţioase. Faptul că am ales la început bulbul ca unic obiect de studiu era şi el un efect al perioadei de început. În opoziţie cu multitudinea de preocupări din primii mei ani de universitate, simţeam acum dorinţa să-mi

concentrez munca asupra unei singure teme sau a unei singure probleme. Această tendință s-a perpetuat şi mi-a atras mai târziu reproşul de a fi unilateral.

Eram acum, la Institutul de anatomie cerebrală, un muncitor la fel de harnic cum fusesem înainte la Institutul de fiziologie. În anii de spital, am conceput mici lucrări despre traiectul fibrelor nervoase şi despre originea nucleelor din bulb – lucrări care s-au bucurat de aprecierea lui Edinger. Într-o bună zi, Meynert, care îmi permisese accesul în laborator chiar înainte de a fi ajuns în secția lui, mi-a propus ca, dacă mă consacru definitiv anatomiei creierului, să mă lase să-i țin cursul, căci se simțea prea vârstnic pentru a prelua noutățile apărute în domeniu. Am declinat această ofertă, speriat de dificultatea unei asemenea sarcini. Sau poate că am intuit de pe atunci că acest om genial nu era deloc bine-intenționat în ce mă privește.

Ocupându-mă de anatomia creierului nu făceam, din punct de vedere practic, nici un progres față de studiile de fiziologie. Am ținut seamă de constrângerile materiale, începând să studiez bolile nervoase. Această specialitate nu se bucura de mare considerație atunci la Viena, bolnavii respectivi erau dispersați în diferitele secții de medicină internă şi nu prea aveai ocazia să te formezi în această direcție, trebuia să fii propriul tău profesor. Nothnagel, adus de puțin timp la o catedră ca urmare a cărții sale despre localizările cerebrale, nu acorda neuropatologiei o atenție specială față de alte domenii ale medicinei interne. În depărtare strălucea numele marelui Charcot. M-am decis să obțin mai întâi gradul de docent pentru bolile nervoase şi apoi să plec la Paris pentru a-mi continua instrucția.

În anii ce au urmat, în timpul serviciului ca intern,

am publicat constatări asupra unor cazuri de boli organice ale sistemului nervos. M-am familiarizat treptat cu acest domeniu. Mă pricepeam să localizez un focar în bulb cu asemenea precizie, că anatomopatologul nu mai avea nimic de adăugat; am fost cel dintâi în Viena care a trimis la disecție un caz cu diag-nosticul de polinevrită acută. Faima diagnosticelor mele confirmate de autopsie mi-a adus numeroşi medici americani, cărora le țineaum cursuri, cu prezentarea bolnavilor din secția mea, într-un fel de „pidgin-english". Nu înțelegeam nimic din nevroze. Când, într-o zi, am prezentat auditorilor mei un nevrotic, afectat de o cefalgie fixă, drept un caz de meningită cronică circumscrisă, au fost cu toții cuprinşi de un justificat acces de revoltă critică – şi astfel profesoratul meu s-a încheiat. Întru apărarea mea trebuie să spun că, pe vremea aceea, cele mai mari autorități din Viena diagnosticau neurastenia drept o tumoare cerebrală.

În primăvara anului 1885 am fost numit conferențiar în neuropatologie, pe baza lucrărilor mele histologice şi chimice. Puțin după aceea, datorită caldei recomandări a lui Brücke, am primit o subvenție destul de însemnată pentru studii în străinătate. În toamna acelui an am plecat spre Paris.

Am intrat ca elev la Salpêtrière; la început, pierdut printre elevii veniți din străinătate, nu mi se dădea nici o atenție. Într-o zi, l-am auzit pe Charcot plângându-se că traducătorul german al lecțiilor sale nu mai dăduse nici un semn de viață după război. I-ar fi plăcut să-i traducă cineva seria de „Lecții noi". I-am scris, oferindu-mi serviciile, şi îmi amintesc că scrisoarea mea cuprindea şi un joc de cuvinte: precizăm acolo că sufăr, față de limba franceză, numai de afazie motrice, nu şi de afazie senzorială.

Charcot m-a acceptat, m-a introdus în cercul său intim şi de atunci am participat direct la tot ce se întâmpla în clinică.

În momentul când scriu aceste pagini, primesc din Franţa nenumărate articole şi tăieturi din ziare ce dovedesc că se duce o luptă violentă împotriva acceptării psihanalizei şi în care se prezintă raporturile mele cu şcoala franceză în culori cât se poate de false. Citesc, de exemplu, că m-am folosit de şederea mea la Paris pentru a mă familiariza cu teoriile lui Pierre Janet, după care am spălat putina cu prada mea. Din acest motiv, vreau să precizez categoric că, în timpul şederii mele la Salpêtrière, numele lui Janet nici n-a fost pomenit.

Din tot ce am văzut la Charcot, cel mai mult m-au impresionat ultimele lui cercetări asupra isteriei, continuate în parte chiar sub ochii mei. Mă refer la constatarea realităţii şi legilităţii fenomenelor isterice (*Introite et hic dii sunt!*), la prezenţa frecventă a isteriei la bărbat, la producerea paraliziilor şi contracturilor isterice prin sugestie hipnotică, precum şi la faptul că aceste produse artificiale prezintă, până la cel mai mic detaliu, aceleaşi caractere ca şi cele spontane sau cele fortuite, datorate unui traumatism. Multe din demonstraţiile lui Charcot îmi provocau – ca şi altor elevi străini – o stare de uimire şi nevoia de a-l contrazice, sprijiniţi pe unele sau altele din teoriile la modă atunci. Charcot răspundea întotdeauna la obiecţiile noastre cu bunăvoinţă şi răbdare, dar şi cu multă fermitate. În cursul unei asemenea discuţii, a pronunţat aceste vorbe, care mi s-au imprimat pentru totdeauna în memorie: „Asta n-o împiedică să existe".

Se ştie că nu tot ce ne învăţa atunci Charcot şi-a păstrat valabilitatea. Unele lucruri sunt acum incerte, iar altele n-au rezistat la proba timpului. Dar a rămas suficient

din această operă pentru a constitui un patrimoniu ştiinţific durabil. Înainte de a pleca din Paris am pus la punct împreună cu maéstrul un plan de lucru având drept scop o comparaţie între paraliziile isterice şi cele organice. Voiam să demonstrez astfel teza că, în isterie, paraliziile şi anesteziile diverselor părţi ale corpului sunt delimitate conform cu repre-zentarea populară (nonanatomică) pe care o au despre ele oamenii. Charcot a fost de acord cu mine, dar nu era greu de văzut că, de fapt, nu-l atrăgea deloc un studiu psihologic aprofundat al nevrozei. Prin formaţia sa, dădea prioritate anatomiei patologice.

Înainte de a mă întoarce la Viena, m-am oprit câteva săptămâni la Berlin, cu intenţia de a obţine cunoştinţe despre bolilie specifice ale copiilor. Kassowitz, care conducea la Viena o clinică pentru copii, îmi promisese că-mi va organiza acolo o secţie pentru copiii atinşi de afecţiuni nervoase. La Berlin am fost primit cu prietenie şi încurajări de către Ad. Baginsky. În anii următori, am publicat la Institutul Kassowitz câteva lucrări destul de întinse privitoare la paraliziile cerebrale ale copiilor, uni – şi bi - laterale. Aceasta l-a determint pe Nothnagel să-mi încredinţeze mai târziu, în 1897, acest subiect în al său impunător „Manual de terapeutică generală şi specială".

În 1886, toamna, m-am stabilit ca medic la Viena şi m-am căsătorit cu fata care mă aştepta, de mai bine de patru ani, într-un orăşel îndepărtat. Am să fac o revenire în trecut, spre a arăta că din vina logodnicei mele n-am devenit celebru încă din anii primei tinereţi. Interesat de un subiect străin de studiile mele, în 1884 făcusem să mi se trimită de la firma Merck un alcaloid pe atunci puţin cunoscut, cocaina, şi am studiat efectele lui fiziologice. Exact când eram acaparat de această lucrare, mi s-a oferit

posibilitatea unei călătorii ce-mi permitea s-o revăd pe logodnica mea, după doi ani de zile. Am încheiat în mare grabă cercetările asupra cocainei şi am anunţat, în textul publicat, că în curând vor fi cunoscute noi aplicaţii ale acestei substanţe. Am rugat pe un prieten, oculistul L. Konigstein, să testeze până la ce punct puteau fi folosite proprietăţile anesteziante ale cocainei asupra ochiului bolnav. Când am revenit din concediu, am aflat că nu el, ci un alt prieten, Carl Koller (actualmente la New York), căruia îi vorbisem de asemenea despre cocaină, făcuse experienţe decisive asupra ochiului animalelor şi le prezentase la Congresul de oftalmologie de la Heidelberg. Koller e considerat, prin urmare, pe bună dreptate, cel care a descoperit anestezia locală cu cocaină, ce a căpătat o mare importanţă în chirurgia mică. Totuşi, nu i-am păstrat ranchiună logodnicei mele pentru ocazia ratată atunci.

Revin asupra stabilirii mele la Viena, în 1886, ca specialist în boli nervoase. Aveam de făcut, la Societatea medicilor, un raport despre ce am văzut şi învăţat stând în preajma lui Charcot. Am fost întâmpinat cu neîncredere. Autorităţile medicale, precum Bamberger, preşedintele Societăţii, au afirmat că ceea ce povesteam nu era demn de crezare. Meynert m-a somat să descopăr la Viena cazuri asemănătoare celor pe care le-am descris şi să le prezint Societăţii. Am încercat asta, dar medicii primari din spitalele în care am depistat cazuri similare au refuzat să mă lase să le observ şi să mă ocup de ele. Unul dintre ei, un bătrân chirurg, a exclamat: „Păi, dragă colega, cum de poţi spune asemenea absurdităţi! Hysteron (*sic*!) însemnează uterus. Cum ar putea fi isteric un bărbat?“ În zadar am obiectat că am nevoie de posibilitatea de a

observa cazul şi nu de o aprobare a diagnosticului meu. În cele din urmă, am descoperit, în afara spitalului, un caz clasic de hemianestezie isterică la un bărbat, caz pe care l-am prezentat la Societatea medicilor. De astă dată am cules aplauze, după care nimeni nu s-a mai interesat de mine. Toți au rămas cu convingerea nestrămutată că „autoritățile competente" au respins inovațiile mele; mă trezeam aruncat în opoziție, ca urmare a subiectelor propuse de mine: isteria la bărbat şi producerea, prin sugestie, a paraliziilor isterice. Cum, imediat după aceea, laboratorul de anatomie cerebrală mi-a fost închis şi timp de un semestru n-am mai avut un local unde să-mi țin cursul, m-am retras din viața academică şi medicală.

Cine vrea să trăiască din tratarea celor bolnavi de nervi trebuie, evident, să poată face ceva pentru sănătatea lor. Arsenalul meu terapeutic nu dispunea decât de două arme: electroterapia şi hipnoza, având în vedere că trimiterea într-un stabiliment de hidroterapie după o singură consultație nu prezenta suficiente şanse de reuşită. În ce priveşte electroterapia, m-am călăuzit după manualul lui W.Erb, care dădea indicații detaliate privind tratarea tuturor maladiilor nervoase. În scurt timp, a trebuit să constat că aplicarea scrupuloasă a acestor prescripții nu dădea nici un fel de rezultate, şi că ceea ce luasem drept rezultatul unor observații riguroase nu era decât un edificiu fantasmagoric. Descoperirea că o carte semnată de cel mai de seamă nume al neuropatologei germane n-avea o legătură mai strânsă cu realitatea decât, să zicem, o „carte de tălmăcire a viselor egipțiană", din acelea ce se vând prin librăriile noastre populare, a fost dureroasă, dar m-a ajutat să-mi pierd încă o fărâmă din încrederea naivă în autoritățile profesiei mele, față de care nu-mi câştigasem

încă independența. Așa că am pus deoparte aparatul electric, chiar mai înainte ca Moebius să pronunțe aceste cuvinte, care au fost ca o descătușare: succesele tratamentului electric – atunci când există – sunt datorate numai capacității de sugestie a medicului.

Lucrurile păreau să stea mai bine în ceea ce privește hipnoza. Încă pe când eram student, asistasem la o ședință a „magnetizorului" Hansen, și remarcasem că una din persoanele supuse la testele sale căpătase o paloare cadaverică în momentul când căzea în catalepsie și arătase astfel până la sfârșitul experienței. Fapt care mi-a insuflat deplină încredere în autenticitatea fenomenelor hipnotice. La scurt timp după asta, acest mod de-a vedea lucrurile și-a găsit în Heidenhain un practician cu prestanță științifică, ceea ce nu i-a împiedicat pe profesorii de pshiatrie să declare încă multă vreme hipnoza drept o șarlatanie și, pe deasupra, o șarlatanie periculoasă, și să arate o atitudine disprețuitoare față de hipnotizori. Avusesm ocazia să văd, la Paris, cum se serveau fără ezitare de hipnoză pentru a induce bolnavilor simptome și, apoi, pentru a-i elibera de ele. Ne-a parvenit cam atunci știrea că la Nancy a luat naștere o școală care folosește în scopuri terapeutice, pe scară largă, sugestia, însoțită sau nu de hipnoză, și cu un succes neobișnuit. De aceea, în mod firesc, în primii mei ani de practică medicală, – fără a mai pune la socoteală metodele psihoterapeutice folosite ocazional, nesistematic – sugestia a devenit principalul meu instrument de lucru.

În acest fel, renunțasem la tratarea bolilor nervoase organice, dar nu era o mare pierdere. Căci, pe de o parte terapia acestor stări nu oferea perspective satisfăcătoare și, pe de altă parte, în practica particulară a medicului stabilit la oraș, micul număr al bolnavilor de acest tip era neglijabil

în comparație cu marele număr de nevrotici, număr ce se mărea mereu dn cauză că acești bolnavi alergau, fără a primi un ajutor real, de la un medic la altul. De altfel, munca pe baza hipnozei era fascinantă. Trăiam pentru prima dată sentimentul de a fi depășit propria neputință, iar faima de taumaturg era foarte măgulitoare. Aveam să descopăr mai târzu care erau inconvenientele procedeului. Pentru moment, nu mă puteam plânge decât de două lucruri: în primul rând, că nu reușeam să hip-notizez toți bolnavii; în al doilea rând, că nu reușeam să induc la toți o stare de hipnoză atât de profundă pe cât doream. Cu scopul de a-mi perfecționa tehnica hipnotică, am plecat, în vara lui 1889, la Nancy, unde am stat câteva săptămâni. L-am văzut la lucru pe bătrânul și înduioșătorul Liébault, ocupându-se de femei nefericite și de copii de proletari; am fost martor la uimitoarele experiențe ale lui Bernheim asupra bolnavilor săi din spital, și acolo am avut puternica revelație că există probabil procese psihice puternice, ce rămân totuși necunoscute pentru conștiința omului. Ca să beneficiez de o practică eficientă, am luat cu mine la Nancy pe una din pacientele mele. Era o isterică, persoană foarte distinsă, extraordinar de înzes-trată, care fusese abandonată de alți medici, care nu știau cum s-o trateze. Îi făcusem existența suportabilă, cu ajutorul sugestiei hipnotice, și îmi stătea în putință, în continuare, să o pun pe picioare când cădea iarăși în acea stare deplorabilă. Cum ea făcea întotdeauna, după o vreme, recidive, din cauza ignoranței mele puneam aceasta pe seama faptului că hipnoza ei nu atinsese încă gradul de somnambulism cu amnezie. Bernheim a încercat, la rândul lui, de mai multe ori, să-i provoace o amnezie profundă, dar n-a reușit mai bine decât mine. Mi-a mărturisit cinstit că obținuse marile sale succese de tratare

prin hipnoză numai în practica sa de spital, nu însă şi asupra bolnavilor pe care-i trata în oraş. Am avut cu el multe discuţii inte-resante şi m-am apucat să traduc în germană cele două lucrări ale sale despre sugestie şi efectele ei terapeutice.

Între anii 1886 şi 1891, munca mea ştiinţifică a fost neînsemnată şi n-am publicat aproape nimic. Eram preocupat de a mă fixa temeinic în noua mea profesiune şi de a-mi asigura, mie şi familiei mele în continuă creştere, resursele materiale ale existenţei. În 1891, am publicat prima dintre lucrările despre paraliziile cerebrale la copii, redactată împreună cu pietenul şi asistentul meu, dr. Oscar Rie. În acelaşi an, propunerea de a colabora la un dicţionar medical m-a stimulat să elucidez problema afaziei, în care domina punctul de vedere îngust al localizărilor, apar-ţinând lui Wernicke şi Lichtheim. Rodul acestor eforturi a fost o cărticică speculativ-critică: „Despre apariţia afaziilor". Acum trebuie să continuu firul amintirilor şi să vă arăt cum a redevenit investigaţia ştiinţifică centrul de interes al existenţei mele.

II

În completarea expunerii mele de până aici, trebuie să mărturisesc că, încă de la început, dădusem şi o altă întrebuinţare sugestiei hipnotice. Mă slujeam de ea pentru a explora sufletul bolnavului în legătură cu istoria bolii sale, cu geneza ei, istorie şi geneză pe care, în stare de veghe, nu reuşea să mi le ralateze decât foarte incomplet sau chiar deloc. Nu numai că acest mod de a proceda părea mai eficient decât simpla sugestie, care ordonă sau interzice; ea satisfăcea şi setea de cunoaştere a medicului, care, desigur, avea dreptul de a afla orice privitor la originea fenomenului pe care încerca să-l vindece prin procedeul monoton al sugestiei.

Iată cum am ajuns să folosesc acest nou mod de lucru. Încă pe când eram în laboratorul lui Brücke făcusem cunoştinţă cu dr. Joseph Breuer, unul dintre medicii practicieni cei mai reputaţi din Viena, care avea de asemenea şi un trecut ştiinţific; era autorul mai multor lucrări despre fiziologia respiraţiei şi despre organul echilibrului. Era un om de o inteligenţă ieşită din comun, cu paisprezece ani mai în vârstă decât mine; relaţiile noastre au căpătat în scurt timp un caracter mai intm, el a devenit prietenul meu şi un sprijin în condiţiile dificile de viaţă în care mă aflam.

Ne-am obişnuit să împărţim frăţeşte toate pre-ocupările ştiinţifice. Fireşte că, în aceste condiţii, eu aveam mai mult de câştigat. Dezvoltarea teoriei psihanalitice m-a costat ulterior prietenia lui. Nu mi-a fost uşor să plătesc acest preţ, dar n-am avut încotro.

Breuer îmi comunicase, chiar înainte de a mă duce la Paris, observaţiile lui asupra uni caz de isterie pe care îl tratase între 1880 şi 1882 printr-un procedeu special, ceea ce-i permisese să-şi formeze nişte păreri mai pro-funde privitor la etiologia şi la semnificaţia simptomelor isterice. Asta se întâmplase într-o vreme când cercetările lui Janet erau încă de domeniul viitorului. Mi-a citit în mai multe rânduri fragmente din istoricul bolnavei sale şi am rămas cu impresia că niciodată până atunci nu fusese făcut un pas atât de mare către înţelegerea nevrozei. M-am decis să-i fac cunoscute lui Charcot aceste rezultate când ajung la Paris, ceea ce am şi făcut. Dar maestrul, de la prima mea încercare de-a ataca subiectul, nu s-a arătat interesat deloc, ceea ce m-a făcut să nu mai revin asupra lui.

După ce m-am întors la Viena, mi-am îndreptat din nou atenţia asupra observaţiilor făcute de Breuer şi l-am rugat să-mi relateze mai multe detalii. Pacienta la care se referise era o fată înzestrată cu o cultură şi aptitudini deosebite, care se îmbolnăvise în timp ce-şi îngrijea tatăl, pe care îl iubea cu fervoare. Când Breuer a început să se ocupe de caz, ea prezenta un tablou clinic pestriţ: paralizii cu contracturi, stări de inhibiţie şi de confuzie mentală. O observaţie întâmplătoare i-a permis medicului să constate că putea să o elibereze de aceste tulburări psihice când o punea în situaţia de a exprima verbal fantasma afectivă care o domina în acel moment. Plecând de aici, Breuer a conceput o metodă terapeutică. O proiecta pe bolnavă

într-o hipnoză profundă şi o lăsa de fiecare dată să povestească tot ce-i stătea pe suflet. După ce, în acest mod, stările de confuzie depresivă au dispărut aproape complet, Breuer a folosit aceeaşi metodă în scopul de-a anihila inhibiţiile şi de a elibera bolnava de afecţiunile somatice. În stare de veghe, tânăra nu putea spune – la fel ca şi alţi bolnavi – cum luaseră naştere simptomele ei şi nu găsea nici o legătură între ele şi vreo impresie oarecare din existenţa sa. În stare de hipnoză, ea descoperea imediat relaţiile căutate. A devenit clar că toate simptomele conduc la evenimente care o impresionaseră puternic, din perioada când îşi îngrijise tatăl bolnav; aceste simptome aveau deci un sens şi corespundeau unor urmări sau unor reminiscenţe ale acelor situaţii afective. De obicei lucrurile se petreceau astfel: ea trebuia să reprime, la căpătâiul tatălui său, un gând sau un impuls, în locul căruia apăruse mai târziu, ca un înlocuitor al său, simptomul. Ca regulă generală, simptomul nu era „precipitatul" unei singure astfel de „scene traumatice", ci rezultatul însumării unui mare număr de situaţii analoge. Când bolnavul îşi amintea în mod halucinatoriu, pe parcursul hipnozei, de o asemenea situaţie trăită şi reuşea să îndeplinească *a posteriori* actul psihic reprimat atunci, exteriorizând liber afectul, simptomul era înlăturat şi nu mai reapărea. Prin această metodă, Breuer a reuşit, după o muncă îndelungată şi anevoioasă, să-şi elibereze bolnava de toate simptomele.

Bolnava se vindecase şi îşi păstrase starea de sănătate în continuare, fiind chiar capabilă să presteze o activitate reală şi utilă. Dar în legătură cu rezultatul tratamentului hipnotic domnea o totală obscuritate, pe care Breuer n-a risipit-o niciodată; eu nu puteam pricepe de ce a ţinut atât de mult timp secretă o descoperire care mi se

părea inestimabilă, în loc de a îmbogăți prin ea știința. Problema care se punea acum era de a ști dacă se putea generaliza descoperirea lui, valabilă pentru un singur caz. Relațiile descoperite de el mi se părea că au un caracter fundamental și că e imposibil să nu se aplice în toate cazurile de isterie, după ce se demonstrase că există într-un caz anume. Totuși, numai experiența putea lămuri problema. Am încercat deci să reiau cercetările lui Breuer, aplicându-le pe bolnavii mei, până când vizita făcută la Nancy, în 1889, m-a făcut să înțeleg care sunt limitele practice ale sugestiei hipnotice. După ce, timp de câțiva ani, am avut numai confirmări și cum dispuneam acum de un impunător ansamblu de observații identice cu ale lui, i-am propus să redactăm împreună o lucrare, idee la care s-a opus la început cu energie. Până la urmă a cedat, după ce între timp lucrările lui Janet anticipaseră o parte din rezultatele sale: relația dintre simptomele isterice și evenimentele biografice, precum și resuscitarea lor prin reproducerea sub hipnoza *in statu nascendi*. Am publicat cu Breuer, în 1893, un studiu pregătitor: „Despre mecanismul psihic al fenomenelor isterice". În 1895 a urmat cartea noastră: „Studii asupra isteriei".

Dacă expunerea pe care am făcut-o până aici i-a sugerat cititorului ideea că „Studiile asupra isteriei" ar fi, prin tot ce conțin ele în esență, proprietatea intelectuală a lui Breuer, trebuie spus că asta am susținut eu însumi întotdeuna și doresc să declar și aici. Cât despre teoria pe care am încercat s-o construim în cartea respectivă, e imposibil de precizat astăzi în ce câtime, exact, am contribuit eu la ea. Acea teorie e modestă, nu depășește cu mult stadiul observațiilor imediate. Nu caută să sprofundeze natura isteriei, ci pur și simplu să lămurească geneza simptomelor

ei. Iar prin asta subliniază semnificația vieții afective, importanța distincției dintre actele psihice inconștiente și cele conștiente (sau, mai bine zis: capabile să acceadă în conștiință); introduce un factor dinamic, când face să se nască simptomul din cauza acumulării unui afect – și un factor economic, considerând că simptomul e rezultatul deplasării unei mase energetice, care e folosită în mod obișnuit în alt fel (aceasta e *conversiunea*). Metoda noastră a fost botezată de Breuer *catarctică*; i-am fixat drept scop terapeutic acela de a aduce pe căile normale – pentru a se putea descărca pe acolo (a fi *abreactată*) sarcina afectivă angajată pe căi false, unde rămânea, cum s-arspune, blocată. Succesul practic al metodei catarctice era excelent. Slăbiciunile ei, care s-au văzut ulterior, erau acelea ale oricărui tratament prin hipnoză. Și astăzi mai există psihoterapeuți care se mărginesc să practice această metodă, așa cum o înțelegea Breuer, și găsesc de cuviință să se laude cu asta. În tratarea nevrozelor de război, în armata germană, din timpul războiului mondial, metoda și-a demonstrat calitățile de procedeu terapeutic succint, fiind aplicată de E. Simmel. În teoria catarctică nu se pune în mod deosebit problema sexualității. În trecutul bolna-vilor, la care m-am referit în „Studii asupra isteriei", factorii vieții sexuale jucau un oarecare rol, dar lor nu le-am atribuit o valoare cu mult diferită de aceea a altor influxuri afective. Despre prima sa pacientă, devenită atât de celebră, Breuer relatează că, la ea, elementul sexual era uimitor de puțin dezvoltat. Era greu de ghicit, dacă te luai după „Studii asupra isteriei", ce importanță are sexualitatea în originea nevrozelor.

Ce a urmat apoi, trecerea de la catharsis la psihanaliza propriu-zisă, am descris de atâtea ori foarte

amănunțit, încât mi-ar fi greu să spun aici ceva nou. Evenimentul care a inaugurat această perioadă a fost retragerea lui Breuer din echipa noastră de lucru: am rămas să gestionez singur moştenirea lăsată de el. Încă de la început se manifestaseră între noi divergențe de opinii, care nu duseseră însă la separarea noastră. La întrebarea: când devine patogen un aflux afectiv, recte: când nu mai e posibilă o rezolvare normală, Breuer prefera să răspundă printr-o teorie să-i spunem psihologică; el credea că acele procese care iau naştere în anumite stări psihice neobişnuite – hipnoide – nu urmează un curs normal. Se punea atunci întrebarea: care era originea acestor stări hipnoide? Eu eram înclinat să pun totul pe seama unui joc de forțe, şi anume pe acțiunea unor intenții şi tendințe, acelea ce pot fi observate în viața normală. Astfel, „teoria isteriei hipnoide" se opunea „nevrozei de apărare". Dar asemenea contrarietăți nu l-ar fi îndepărtat pe Breuer de munca noastră comună, dacă nu s-ar fi adăugat şi alte motive. Unul ar fi acela că, în calitatea lui de medic practician foarte căutat de clienți, era extrem de ocupat şi nu putea consacra, ca mine, toate forțele sale practicii catarctice. În plus, el s-a lăsat influențat de primirea pe care cartea noastră a cunoscut-o la Viena şi în Germania. Încrederea în el însuşi şi tenacitatea lui nu erau la înălțimea valorii lui intelectuale. Aşa, de exemplu, când „Studiile..." au fost tratate de Strümpell cu asprime, în timp ce eu nu am putut să nu râd de această critică mărginită, el s-a simțit jignit şi descurajat. Dar cel mai mult a contribuit la decizia lui faptul că lucrările mele au căpătat atunci o orientare cu care a încercat în zadar să se familiarizeze.

Teoria pe care încercam s-o construim în „Studii..." rămăsese încă incompletă; în special problema etiologiei,

problema de a ști pe ce teren ia naștere procesul patogen, abia dacă o atinsesem în treacăt. Experiențele care se acumulau rapid îmi arătau acum că, în spatele fenomenelor nevrozei, nu acționau niște tulburări afective oarecare, de orice gen ar fi fost ele, ci întotdeauna tulburări de natură sexuală – fie niște conflicte sexuale actuale, fie consecințele unor evenimente sexuale precoce. Nu eram pregătit pentru un asemenea rezultat, așteptarea mea nu jucase nici un rol, abordasem cercetarea nevrozelor într-o stare de perfectă ingenuitate. În timp ce scriam, în 1914, „Contribuția la istoria mișcării psihanalitice", mi-au revenit în minte brusc o serie de afirmații ale lui Breuer, Charcot și Chrobak, cu ajutorul cărora aș fi putut avea mai devreme aceeași revelație. Dar la vremea respectivă nu pricepusem ce înțelegeau aceşti oameni de mare autoritate prin afirmațiile lor: pe deasupra, ei înșişi spuneau că nu discern acest înțeles ascuns și că nu sunt în măsură să formuleze o teorie. Ceea ce culesesem de pe buzele lor dormita în mine; asta până când, cu ocazia investigațiilor catarctice, ele au ieșit la suprafață sub forma unei viziuni aparent inedite. Pe atunci nu știam nici că, punând în relație isteria cu sexualitatea, mă întorsesem la izvoarele medicinei și reînnodasem tradiția lui Platon. Am aflat acest lucru mai târziu, dintr-un articol al lui Havelock Ellis.

Sub influența suprinzătoarei mele descoperiri, am întreprins o schimbare grea de consecințe. Am ieșit din domeniul isteriei și am început să explorez viața sexuală a „neurastenicilor" care se prezentau în număr mare la consultațiile mele. Această experiență m-a costat, desigur, creditul de care m-aș fi bucurat ca medic, dar mi-a permis să câștig niște certitudini care, și astăzi încă, după treizeci de ani, sunt la fel de solide. Trebuia să depășesc obstacolul

dificil al disimulării şi minciunii, dar, după cc reuşeam, descopeream că la toţi aceşti bolnavi se întâlneau grave vătămări al funcţiei sexuale. Având în vedere, pe de o parte, marea frecvenţă a acestor disfuncţii şi, pe de alta, existenţa neurasteniei, coincidenţa celor două avea în sine o mare putere de convingere; dar lucrurile n-au rămas în acest stadiu de constatare primară. Procedând la o observaţie mai pătrunzătoare, am putut să izolez, dincolo de tablourile clinice ce erau îngrămădite la un loc sub rubrica neurastenie, două tipuri fundamentale distincte, care se puteau prezenta şi în stare de amestec, dar puteau fi găsite şi în stare pură. La unul dintre tipuri, fenomenul central era criza de anxietate cu echivalenţii săi, cu formulele ei rudimentare şi simptomele substitutive cronice ale sale; am numit acest tip *nevroză anxioasă*. Denumirea de neurastenie am limitat-o la celălalt tip. Acum era uşor de stabilit că fiecărui tip îi corespunde, ca factor etiologic, o anomalie diferită a vieţii sexuale (*coitus interruptus*, excitaţie amăgitoare, abstinenţă sexuală, în nevroza de angoasă; masturbare excesivă, poluţii repetate, în neurastenie). În câteva cazuri – extrem de semnificative –, în care se produsese o trecere surprinzătoare de la un tip la altul, am putut dovedi că se petrecuse o schimbare simultană a regimului sexual. Dacă reuşeam să fac să înceteze reaua folosiere a funcţiei sexuale şi s-o înlocuiesc printr-o activitate sexuală normală, eram recompensat prin ameliorarea sensibilă a stării bolnavului.

Am ajuns pe această cale să identific nevrozele, în general, ca tulburări ale funcţiei sexuale, ceea ce numim nevroze actuale fiind expresia toxică directă a acelor tulburări, psihonevrozele fiind expresia lor psihică. Conştiinţa mea de medic era satisfăcută. Speram că am

reuşit să umplu o lacună a medicinei care, în legătură cu o funcție biologic atât de importantă, nu voia să ia în considerare decât prejudiciile cauzate de o infecție sau de leziuni anatomice grave. În plus, se potrivea cu concepția mea medicală revelația că sexualitatea nu-i o realitate pur psihică. Se dovedea că ea are şi o latură somatică, aveam toate motivele să-i atribuim şi un chimism propriu, concepând excitația sexuală fiind indusă de prezența unor substanțe determinate, chiar dacă încă necunoscute. Asta ne oferea motive serioase de a bănui că nevrozele veritabile, spontane, nu prezintă asemănări cu nici un alt grup de boli, ci cu fenomenele datorate intoxicației şi abstinenței, produse de absorbția sau de privarea de anumite substanțe toxice, cât şi cu boala lui Besedow, a cărei dependență de produsele glandei tiroide este cunoscută.

Ulterior, n-am mai avut ocazia de a relua investigarea nevrozelor actuale. Această temă de lucru n-a mai fost de atunci nici în atenția altora. Privind astăzi rezultatele mele din acea vreme, apreciez că ele constituie o schema tizare primitivă şi grosolană a unei stări de lucruri probabil mult mai complicate. Aveam intenția ca, în continuare, să mai supun unui examen psihanalitic nişte cazuri de neurastenie juvenilă pură; din păcate n-am putut realiza aceasta. Pentru a preîntâmpina o interpretare eronată, vreau să precizez aici că sunt foarte departe de-a nega existența conflictelor psihice şi a complexelor nevrotice în neurastenie. Susțin numai că simptomele acestor bolnavi nu sunt psihic determinate, nici rezolvabile pe cale analitică, ci trebuie interpretate ca nişte consecințe toxice directe ale chimismului sexual dereglat.

Dobândind, în cursul anilor ce au urmat publicării „Studiilor asupra isteriei", aceste puncte de vedere privind

rolul etiologic al sexualității în nevroze, am ținut câteva conferințe, în care le-am expus, în asociațiile medicale, dar n-am întâlnit decât neîncredere și contestare. Breuer a mai încercat uneori să arunce în balanță, în favoarea mea, greutatea apreciabilă a considerației de care se bucura, dar n-a obținut nimic, și nu era greu de văzut că recunoașterea etiologiei sexuale era în contradicție și cu propriile lui opinii. Ar fi putut să mă combată sau să mă reducă la tăcere, referindu-se la prima lui pacientă, la care factorul sexual, zicea el, nu jucase nici un rol. N-a făcut-o însă niciodată: multă vreme nu mi-a fost clar de ce, – până în ziua când am reușit să înțeleg corect acel caz și, plecând de la câteva remarci ale lui de odinioară, să reconstitui ce deznodământ avusese tratamentul său. După ce procesul catarctic păruse încheiat, se produsese brusc la pacientă o stare de „dragoste de transfer", pe care atunci el n-o pusese în legătură cu boala și, ca urmare, adoptase soluția fugii. Îi era evident neplăcut să i se reamintească acest aparent insucces. A oscilat un timp, în atitudinea lui față de mine, între recunoașterea ideilor mele și critica lor aspră, apoi au survenit întâmplări care apar inevitabil în asemenea situații tensionate, și ne-am despărțit.

Preocuparea pentru diversele forme ale afecțiunilor nervoase în general m-a condus la modificarea tehnicii catarctice. Am abandonat hipnoza și am căutat s-o înlocuiesc prin altă metodă, cu intenția de a depăși limitarea terapeuticii la stările isterice. Pe măsură ce experiența mea se îmbogățea, apăreau tot mai pregnant două obiecțiuni grave împotriva folosirii hipnozei, chiar și în metoda catarctică. Prima: și cele mai bune rezultate dispăreau brusc, din momentul în care relația personală cu pacientul era tulburată. Ele reapăreau când se găsea calea reconcilierii,

dar era suficient pentru a înțelege că relația afectivă personală era mai puternică decât activitatea catarctică şi că tocmai acest factor scăpa de sub controlul nostru. Apoi am trăit într-o zi o experiență care mi-a arătat în modul cel mai direct ceea ce bănuiam de mult timp. În ziua aceea reuşisem în fine să eliberez de chinurile ei pe una din cele mai docile paciente ale mele, la care hipnoza permisese reuşite din cele mai spectaculoase, raportând crizele ei dureroase la cauzele lor trecute, când, trezindu-se, pacienta şi-a aruncat brațele în jurul gâtului meu. Intrarea nepre-văzută a unei persoane de serviciu ne-a scutit de o expli-cație penibilă, dar din acea zi am renunțat, de comun acord, la continuarea tratamentului hipnotic. Eram destul de lucid pentru a nu pune faptul întâmplat pe seama farmecului meu personal şi m-am gândit că am sesizat acum de ce natură e elementul misterios ce acționează în spatele hip-nozei. Ca să-l îndepărtez sau măcar să-l izolez, trebuia să abandonez hipnoza.

Totuşi, hipnoza adusese servicii extraordinare tratamentului catarctic, lărgind câmpul de conştiință al pacienților şi punând la dispoziția lor o cunoaştere de care nu dispuneau în stare de veghe. Părea greu să-i găseşti un înlocuitor în acestă privință. Fiind în impas, mi-a venit în ajutor amintirea unei experiențe urmărite adesea de mine la Bernheim. Când persoana supusă experimentului se trezea din starea de somn, părea să fi pierdut orice amintire a ceea ce se petrecuse cât fusese în această stare. Dar Bernheim afirma că ea ştie totuşi şi, dacă o soma să-şi amintească, dacă o asigura că ştie tot şi că trebuie deci să spună ce ştie, şi când îi punea încă o dată mâna pe frunte, atunci amintirile uitate reveneau într-adevăr, mai întâi ezitante, apoi grupate şi perfect clare. M-am decis să procedez la

fel. Bolnavii mei trebuia să „ştie" şi ei tot ceea ce altminteri numai hipnoza le făcea accesibil, iar afirmaţile şi soli-citările mele, susţinute eventual de impostarea mâinilor, trebuia să aibă puterea de-a trezi în conştiinţa pacientului fapte şi relaţii uitate. Asta părea că va fi mai anevoios decât de a aduce pe cineva în stare de hipnoză, dar poate avea să se dovedească foarte instructiv. Am abandonat deci hipnoza şi n-am păstrat din vechea metodă decât poziţia pacientului, culcat pe o canapea, în spatele căruia stăteam aşezat eu, ceea ce îmi permitea să văd fără ca eu să fiu văzut.

III

Conform anticipărilor mele, am renunțat la hipnoză; dar o dată cu schimbarea de tehnică, metoda catarctică s-a preschimbat și ea. Hipnoza lăsa în umbră un anume joc de forțe, care acum ieșea la lumină, și a cărui descifrare dădea teoriei un fundament solid.

Cum se explica faptul că bolnavii uitaseră atâtea fapte din existență lor exterioară și interioară și că puteau totuși să și le amintească atunci când li se aplica tehnica descrisă mai sus? Observația mi-a dat lămuriri complete la aceste întrebări. Tot ceea ce fusese dat uitării fusese stingheritor, sau îngrozitor, sau dureros, sau foarte rușinos prin raportare la normele specifice personalității respective. O idee se impunea de la sine: exact acesta era motivul pentru care acel fapt nu se păstrase în conștiință. Pentru a-l readuce în câmpul conștiinței, trebuia să învingem un anume obstacol la bolnav, un sistem de apărare, și era nevoie ca însuși bolnavul să depună eforturi, spre a face presiuni asupra acelui obstacol și a-l înlătura. Efortul cerut medicului era diferit, de la caz la caz: el creștea proporțional cu dificultatea procesului de reamintire. Evident, cantitatea de efort a medicului măsura *rezistența* bolnavului. Nu mai era nevoie acum decât de a traduce în cuvinte aceste constatări – și eram în posesia teoriei

refulării.

Procesul patogen se lăsa acum reconstruit cu uşurinţă. Să luăm un exemplu simplu. În viaţa psihică a unui individ apare o tendinţă izolată căreia i se opun alte tendinţe, puternice. Conflictul psihic născut astfel trebuia, după părerea mea, să aibă un anume curs, cele două mărimi dinamice – să le numim pulsiune şi rezistenţă – luptând o vreme una contra alteia, conştiinţa luând şi ea parte activă la conflict, până când, finalmente, pulsiuna a fost respinsă şi sărăcită de încărcătura sa energetică. Aceasta ar fi soluţia normală. Dar în nevroze – pentru motive încă necunoscute – conflictul găsise alt deznodământ. De la primul contact cu impulsia reprobată, Eul se închistase, ca să spunem aşa, îi blocase accesul la conştiinţă şi la descărcarea motrice directă; dar acea pulsiune îşi conserva neatinsă încărcătura energetică. Am numit acest proces *refulare*; era ceva nou, nimic asemănător nu fusese încă descoperit în viaţa psihică. El reprezenta, evident, un mecanism primar de apărare, comparabil cu o încercare de fugă, precedând rezolvarea normală ulterioară, obţinută pe calea judecăţii logice. Din acest prim act de refulare decurgeau alte consecinţe. Mai întâi, trebuia ca Eul să se apere de presiunea continuă a pulsiunii refulate printr-un efort permanent, o energie de contraatac, o „contrainvestiţie", prin care-şi provoca o autosărăcire; de pe altă parte, elementele refulate, acum inconştiente, puteau căuta o derivaţie şi satisfaceri substitutive, pe căi ocolite şi, în acest fel, să facă să eşueze intenţiile refulării. În isteria de conversiune, această cale ocolită ducea la inervaţie corporală, impulsul refulat îşi deschidea cale într-un punct sau altul al corpului şi îşi crea simptomele, care erau astfel nişte produse de compromis, în fapt nişte satisfacţii substitutive,

dar totuşi deformate şi deturnate de la ţelul lor prin rezistenţa Eului.

Teoria refulării a devenit piatra de temelie a înţelegerii nevrozelor. Obiectivul terapeutului trebuia alt fel conceput acum, scopul lui nu mai era „abreacţia" afectului angajat pe căi greşite, ci descoperirea elementelor refulate şi rezolvarea lor prin acte de judecată logică ce puteau să constate în acceptarea sau în condamnarea a ceea ce fusese cândva respins. Am ţinut seama de noua stare de lucruri, denumind această metodă de intervenţie şi de vindecare *psihanaliză* şi renunţând la termenul de *catharsis*.

Se poate pleca de la refulare ca de la un centru, legându-l de toate părţile doctrinei psihanalitice. Aş vrea să fac mai întâi încă o remarcă, de natură polemică. După Janet, isterica era o sărmană fiinţă care, ca urmare a unei carenţe constituţionale, nu e capabilă să-şi ordoneze diversele activităţi psihice. De aceea, ea ar fi victima sciziunii psihice şi a restrângerii câmpului conştiinţei. După rezultatele investigaţiei psihanalitice, aceste fenomene se datorau unor factori dinamici: conflictului psihic şi refulării produse. Cred că această deosebire este de mare însemnătate şi ea poate pune capăt bârfelilor, mereu reluate, după care ceea ce are oarecare valoare în metoda psihanalitică se reduce la ideile împrumutate de la Janet. Expunerea mea a dovedit cititorului că, din punct de vedere istoric, psihanaliza e complet independentă de ideile lui Janet, cum se îndepărtează ea de acestea prin conţinutul ei şi cum le depăşeşte cu mult prin puterea ei de cuprindere. Din lucrările lui Janet nu puteau să se desprindă niciodată consecinţele care au făcut psihanaliza atât de importantă pentru ştiinţele spiritului şi i-au atras un interes aşa de larg. L-am tratat întotdeauna pe Janet cu respect, fiindcă

cercetările lui au fost paralele, pentru o vreme, cu cele ale lui Breuer, care fuseseră făcute la o dată anterioară şi publicate la o dată ulterioară. Dar, când psihanaliza a devenit şi în Franţa subiect de discuţii, Janet nu s-a purtat elegant, a dovedit lipsă de competenţă şi s-a servit de argumente îndoielnice. În fine, el s-a discreditat în ochii mei şi şi-a depreciat singur opera, afirmând că, atunci când vorbise de acte psihice „inconştiente", nu voia să spună nimic prin asta, că fusese doar „un mod de de a vorbi".

Psihanaliza, însă, a fost constrânsă, de studierea refulărilor patogene şi a altor fenomene pe care urmează să le menţionez, să ia în serios conceptul de inconştient. Pentru ea, tot psihicul era mai întâi inconştient, iar calitatea conştienţei putea să se adauge după aceea sau nu. Prin aceasta ne izbeam frontal de opoziţia filozofilor, după care „conştient" şi „psihic" erau identice şi care ne încredinţau că nu-şi pot reprezenta o asemenea absurditate ca „inconştientul psihic". N-avea nici o importanţă, nu puteam decât să dau din umeri în faţa unei asemenea idiosincrazii a filozofilor. Experienţa câştigată prin contactul cu materialul patologic, material pe care filozofii nu-l cunoşteau, experienţă ce punea în evidenţă frecvenţa şi forţa unor impulsuri despre care nu se ştia nimic, dar a căror existenţă trebuia acceptată la fel ca orice fapt oarecare al lumii exterioare, nu ne lăsa libertatea de alegere. Devenea limpede că nu facem pentru propria viaţă psihică altceva decât ce făceam dintotdeauna pentru a celorlalţi. Practic, atribuiam unei alte persoane acte psihice, chiar dacă nu aveam o cunoaştere nemijlocită despre aceste acte, şi eram obligaţi să le ghicim, după manifestările exterioare şi după acţiunile persoanei respective. Ceea ce are o justificare pentru altul, trebuie să aibă şi pentru propria persoană.

Dacă împingem acest argument mai departe şi deducem din el că propriile noastre acte ascunse aparţin în realitate unei conştiinţe secunde, atunci ne aflăm în faţa unui concept nou: o conştiinţă despre care nu ştim nimic, o conştiinţă inconştientă, ceea ce nu este mult mai lămuritor decât noţiunea de psihism inconştient. Unii filozofi acceptă să recunoască faptele patologice, dar convin să numească actele psihice care stau la baza lor nu „psihice", ci „psihoide"; diferendul se desfăşoară aici sub înfăţişarea unei sterile dispute de cuvinte, ceea ce ne determină şi mai tare de a menţine termenul de „inconştient psihic". Întrebarea privitoare la natura acestui inconştient nu este cu nimic mai judicioasă şi nu oferă mai multe perspective decât cea precedentă, privitoare la natura conştientului.

Ar fi mai dificil să explic pe scurt cum a ajuns psihanaliza să divizeze mai departe inconştientul recunoscut de ea, descompunându-l în *preconştient* şi inconştientul propriu-zis. Remarca următoare va fi suficientă: mi s-a părut îndreptăţit de a completa teoriile, care sunt expresia directă a observaţiilor, prin ipoteze – ipoteze utile spre a da seamă despre faptele în discuţie şi referitoare la relaţii ce nu pot deveni obiectul observaţiei nemijlocite. Nici în ştiinţe mai vechi nu se procedează altfel. Divizarea inconştientului este legată de încercarea de a ne reprezenta aparatul psihic ca fiind construit din sisteme sau instanţe, despre ale căror relaţii reciproce se vorbeşte în termeni specifici ordinii spaţiale – dar prin aceasta nu urmărim să ne raportăm la anatomia reală a creierului. (Este ceea ce numim un punct de vedere *topic*). Asemenea reprezentări aparţin suprastructurii speculative a psihanalizei, şi fiecare parte a ei poate să fie, fără nici o pierdere sau regret, sacrificată sau înlocuită prin alta, îndată ce

insuficiența ei este demonstrată.

Ne mai rămâne să ne referim la multe lucruri mai apropiate de observația propriu-zisă.

Am menționat deja că investigațiile privind cauzele și investigațiile nevrozei au pus în evidență, cu o frecvență mereu crescută, existența unor conflicte între impulsurile sexuale ale persoanei și rezistențele ei față de sexualitate. Examinând situațiile patogene în legătură cu care se produseseră refulările sexualității, și ale căror simptome emanau ca niște formațiuni substitutive ale refulatului, eram condus către perioade tot mai timpurii ale vieții bolnavului și, în cele din urmă, la primii ani ai copilăriei lui. Astfel ni s-a revelat – ceea ce, de altfel, romancierii și cunoscătorii sufletului uman știau de mult timp – că impresiile acestei perioade de început a vieții, cu toate că cele mai multe dintre ele par ar fi date uitării, lasă urme de neșters asupra dezvoltării individului, iar în particular creează predispoziția spre nevroză ulterioară. Dar cum, în aceste evenimente ale copilăriei, era mereu vorba de excitații sexuale și de reacția împotriva acestora, ne aflam realmente în fața unei *sexualități infantile*, ceea ce era de asemenea o noutate, în contradicție cu una din prejudecățile cele mai puternice ale omenirii. Copilăria trebuie să fie „inocentă", liberă de poftele sexuale, iar lupta cu demonul „Senzualitate" să nu înceapă decât o dată cu furtuna și avântul pubertății. Dacă fusese remarcată ocazional oarecare activitate sexuală la copii, ea era considerată drept un semn al degenerescenței, al pervertirii precoce sau ca un capriciu bizar al naturii. Puține constatări ale psihanalizei au provocat o aversiune mai generală, o asemenea explozie de indignare, ca această aserțiune: că funcția sexuală începe o dată cu viața și se manifestă chiar

din copilărie prin fenomene importante. Și totuși, nu există o descoperire psihanalitică mai ușor și mai pe deplin demonstrabilă.

Înainte de a face o expunere privind sexualitatea infantilă, sunt obligat să amintesc o eroare în care am căzut pentru o vreme și care ar fi putut deveni fatală pentru întreprinderea mea. Sub constrângerea procedeului meu tehnic de atunci, cei mai mulți dintre pacienții mei reproduceau scene din copilăria lor, scene al căror conținut era seducerea de către un adult. În povestirea pacientului, rolul seducătorului revenea aproape întotdeauna tatălui. Dădeam crezare acestor informații, și astfel am crezut că am descoperit, în aceste acte de seducere precoce din copilărie, sursa nevrozei ulterioare. Câteva cazuri, în care asemenea relații cu tatăl, cu unchiul sau cu fratele mai mare continuaseră până la o vârstă pentru care amintirile sunt neîndoielnice, îmi întăreau convingerea. Celui care va clătina din cap în semn de neîncredere față de o asemenea credulitate, nu pot să nu-i conced o anume îndreptățire; dar trebuie să mă explic: era perioada în care respingeam în mod deliberat atitudinea critică, în scopul de a rămâne imparțial și receptiv la numeroasele noutăți pe care mi le aducea fiecare zi. Când a trebuit să recunosc totuși că aceste scene de seducere nu avuseseră loc niciodată, că ele nu erau decât niște fantasme imaginate de pacienții mei, impuse lor poate de mine-însumi, am fost o vreme descumpănit. Încrederea în tehnica mea analitică și în rezultatele ei a suferit o grea lovitură. Obținusem deci mărturia acestor scene printr-o tehnică pe care o consideram corectă, iar conținutul lor era incontestabil în strânsă legătură cu simptomele de la care plecase investigația mea. După ce m-am regăsit, am tras din experiența mea

concluziile juste: simptomele nevrotice nu se conexau direct cu evenimente reale, ci cu fantasme ale dorinței; pentru nevroză, realitatea psihică era mai importantă decât cea materială. Nu cred nici astăzi că am impus, am „sugerat" pacienților mei aceste fantasme ale seducției. Am întâlnit atunci, pentru prima oară, *complexul lui Oedip*, care avea să capete apoi o semnificație capitală, dar pe care, sub deghizamentul său atât de extravagant, nu-l recunoșteam încă. Seducerea din vremea copilăriei și-a păstrat rolul său în etiologia bolii, dar la proporții mai reduse. Seducătorii fuseseră de altfel, cel mai adsea, copii mai mari.

Eroarea mea era de același gen ca atunci când ai lua istoria legendară a regilor Romei, așa cum ne-o povestește Tit Liviu, drept un adevăr istoric în loc de ceea ce este: o formație reacțională produsă ca replică la amintirea unor situații și a unor vremuri mizerabile, probabil lipsite de glorie uneori. O dată îndepărtată această eroare, aveam drumul liber pentru studierea sexualității infantile. Eram acum în situația de a aplica psihanaliza la un alt domeniu al cunoașterii, și de a intui, după datele oferite de acesta, aspecte, până atunci necunoscute, ale faptelor biologice.

Funcția sexuală era prezentă de la început, își găsea mai întâi sprijin în alte funcții vitale și devenea apoi independentă; ea urma o evoluție lungă și complicată, înainte de a deveni acea viață sexuală normală a adultului pe care o cunoaștem noi. Se manifesta într-o primă perioadă prin *activitatea unor componente ale instinctului* dependente de zonele somatice *erogene*; se prezenta parțial prin perechi contrastante (sadism – masochism, voaieurism – exhibiționism), aspirând a se satisface într-o independență reciprocă și găsindu-și obiectul, la majoritatea indivizilor,

în propriul lor corp. Astfel, ele erau la început necentrate şi, în principal, *autoerotice*. Mai târziu, se produceau o serie de sinteze; un prim stadiu de organizare era dominat de componentele *orale*, urma o fază *sadicoanală*, şi de-abia într-o a treia fază, târzie, rolul primordial revenea *organelor genitale*, fapt prin care funcția sexuală intra în slujba reproducerii. Pe parcursul acestei evoluții, mai multe pulsiuni parțiale erau lăsate deoparte ca inutilizabile pentru acest scop final sau orientate către alte utilizări, altele erau deturnate de la scopul lor şi anexate la organizarea genitală. Am denumit energia pulsiunilor sexuale – şi numai pe aceea – *libido*. A trebuit să admit apoi că libido-ul nu urma în modul cel mai exact evoluția descrisă mai sus. Ca urmare a forței predominante a unora dintre componente sau a ocaziilor de satisfacere foarte precoce, se produc *fixații* ale libido-ului în anumite puncte ale traseului său evolutiv. Libido-ul aspiră să revină în aceste puncte de fixație în cazul unei refulări ulterioare (*regresiune*) şi tot pornind de la aceste puncte se va produce străpungerea către simptome. O înțelegere ulterioară a fenomenelor permite a adăuga că localizarea punctelor de fixație e decisivă de asemenea pentru alegerea nevrozei, pentru forma în care apare boala ulterioară.

În paralel cu organizarea libido-ului avansează procesul de căutare a obiectului, căruia îi este rezervat un mare rol în viața psihică. Primul obiect de dragoste după stadiul autoerotic este pentru ambele sexe mama, al cărei organ destinat hrănirii copiilului nu era la început diferențiat de către acesta de propriul corp. Mai târziu, dar tot în primii ani ai copilăriei, se stabileşte relația complexului lui Oedip, prin care băiețelul îşi concentrează dorințele sexuale asupra persoanei mamei sale şi simte

crescând în el sentimentele ostile față de tată, resimțit ca rival. Fetița are o atitudine analogă; toate variațiile și deviațiile de la complexul lui Oedip capătă o mare semnificație; constituția bi-sexuală înnăscută iese la lumină și multiplică numărul de tendințe concomitente. E nevoie de o perioadă de timp pentru ca un copil să dobândească lămuriri privitoare la diferențele dintre sexe; în această perioadă de *investigație* sexuală el își imaginează *teorii sexuale* tipice, dependente desigur de imperfecția propriei organizări corporale, teorii în care se amestecă adevărul și falsul și care nu reușesc să dea o rezolvare la problema vieții sexuale (enigma Sfinxului: de unde vin copiii?). Prima alegere de obiect pe care o face copilul este deci o alegere *incestuoasă*. Toată evoluția descrisă mai sus e parcursă rapid. Caracterul cel mai remarcabil al vieții sexuale umane este evoluția sa *în doi timpi*, separați de un antract. În cel de-al patrulea sau al cincilea an de existență, viața sexuală atinge primul său apogeu; apoi, această primă înflorescență a sexualității se ofilește, năzuințele până acum intense sunt anulate prin refulare și atunci începe *perioada de latență*, care va dura până la pubertate și în timpul căreia vor fi edificate formațiile reacționale ale moralei, pudoarei, dezgustului.

Evoluția în doi timpi a vieții sexuale pare să fie specifică numai omului, dintre toate ființele; ea este, poate, condiția biologică a predispoziției lui spre nevroză. La pubertate, năzuințele și investirile libidinale ale obiectului erotic din prima copilărie renasc, la fel ca și legăturile afective specifice complexului lui Oedip. În viața sexuală puberă, pulsiunile primei vârste se luptă cu inhibițiile perioadei de latență. La apogeul dezvoltării sexuale infantile, s-a creat un gen de structurare genitală în care numai

organul sexual masculin joacă un rol, iar organul feminin nu este încă descoperit (primatul *falic*). Opoziția între cele două sexe nu poartă atunci numele de bărbătesc și femeiesc, ea fiind definită prin cuplul: posesor de penis – castrat. *Complexul castrării*, legat de această perioadă, este de o importanță primordială pentru formarea ulterioară a caracterului individului și declanșarea nevrozei.

În această expunere pe scurt a constatărilor pe care le-am făcut privitor la viața sexuală umană, am pus alături, pentru o mai mare claritate, multe lucruri care mi s-au revelat la date diferite și care au fost încorporate, ca o completare sau ca o rectificare, în „Trei studii asupra teoriei sexualității". Sper că am reușit, în această expunere, de a face evident în ce constă extinderea conceptului de sexualitate, atât de mult discutată și criticată. Această extindere are două aspecte.

1) În primul rând, sexualitatea este detașată de relația prea strânsă cu organele genitale și concepută ca o funcție corporală acoperind ansamblul ființei și aspirând către plăcere, funcție care numai în mod secundar intră în serviciul reproducerii; în al doilea rând, sunt înglobate printre pulsiunile sexuale toate trăirile cu caracter pur afectuos și amical, pentru care limbajul nostru curent folosește cuvântul „a iubi" în multiple accepțiuni. Am pretenția că aceste extinderi ale conceptului de sexualitate nu reprezintă niște inovații, ci doar o restituție; ele nu fac decât să înlăture îngrădirea nejustificată a conceptului, îngrădire pe care am acceptat-o cu toții în mod greșit. Detașarea sexualității, în sens larg, de organele genitale propriu-zise, are avantajul de a ne permite să putem aborda activitatea sexuală a copiilor precum și a perverșilor din același punct de vedere ca și aceea a adulților normali, în

timp ce până acum prima fusese total neglijată iar cea de-a doua privită, desigur, cu o mare revoltă morală, dar fără nici un dram de înțelegere. Din perspectiva concepției psihanalitice, cele mai stranii și mai respingătoare perversiuni sunt explicate ca fiind manifestări ale unor pulsiuni sexuale parțiale, care s-au eliberat de supremația genitalului și, ca și în perioada primitivă (infantilă) a evoluției libido-ului, tind spre satisfaceri independente. Cea mai importantă dintre aceste perversiuni, homosexualitatea, își justifică cu greu acest calificativ. Ea se reduce la bisexualitatea constituțională generală și la urmările supre-mației falice; în cursul unei psihanalize se poate descoperi la oricine o doză de alegere homosexuală a obiectului. Când copiii au fost calificați de noi drept niște „perverși polimorfi", acesta nu era decât un termen descriptiv de folosință curentă, care nu implică o judecată morală. Nimic mai îndepărtat de spiritul psihanalizei decât asemenea judecăți de valoare.

2) Cea de-a doua dintre așa-zisele extinderi ale sexualității în concepția psihanalitică se justifică prin rezultatele investigației psihanalitice; într-adevăr, aceasta pune în evidență că toate impulsurile sentimentale și tandre erau la origine tendințe pur sexuale, ulterior „inhibate pe planul scopului" sau „sublimate". Tocmai pentru că sunt influențabile și derivabile, pulsiunile sexuale pot fi folosite la numeroase acte ale civilizației, la împlinirea cărora își aduc o contribuție importantă.

Surprinzătoarele constatări privind sexualitatea copilului au fost prilejuite mai întâi de analiza unor adulți, dar apoi, aproximativ după 1908, au putut fi confirmate prin observații directe pe copii, și aceasta în toate detaliile și cu toată amploarea dorită. Este într-adevăr atât de ușor

să te convingi de activitatea sexuală obișnuită a copiilor, încât trebuie să te întrebi, plin de uimire, cum de n-au reușit oamenii să observe aceste fapte evidente și cum de au menținut, timp atât de îndelungat, legenda, fiică a dorinței lor, despre o copilărie asexuată. Probabil că asta are ca explicație amnezia care, în cazul multor adulți, aruncă un văl peste copilăria lor.

IV

Teoriile privind rezistența și refularea, inconștientul, semnificația etiologică a vieții sexuale și importanța evenimentelor din copilărie sunt părțile esențiale ale edificiului psihanalitic. Regret că nu le-am putut descrie aici decât separat și că n-am putut arăta și modul cum ele se îmbină și se completează una pe alta. E timpul ca acum să ne ocupăm de modificările care s-au petrecut treptat în chiar tehnica metodei analitice.

Metoda folosită la început, și care consta în a învinge rezistența prin asigurări și prin insistențe, fusese indispensabilă pentru a oferi medicului o primă anticipare a ceea ce ar putea să descopere. Pe termen lung însă, metoda cerea eforturi prea mari de ambele părții și putea suscita anumite obiecții la îndemâna oricui. Metoda a fost înlocuită cu o alta care, într-un fel, era contrariul ei. În loc de a-l hărțui pe pacient spre a-l face să spună ceva în legătură cu o temă determinată, îl incităm acum să se lase în voia „asociațiilor libere", adică să comunice tot ceea ce îi trece prin minte atunci când își impune să nu-și ia drept țintă o reprezentare conștientă oarecare. Dar el trebuie să se angajeze de a comunica efectiv tot ceea ce provine de la percepția lui interioară și de a nu ceda în fața obiecțiilor critice proprii, care ar încerca să-l determine să respingă

anumite idei, pe motiv că nu sunt destul de importante sau că nu au legătură cu subiectul, sau sunt total lipsite de sens. Exigența sincerității nu era nevoie să fie repetată ca atare, ea era chiar o condiție definitorie a curei analitice.

Poate părea surprinzător că această metodă a asociației libere, întărită de respectarea regulei fundamentale a psihanalizei, era capabilă de a îndeplini ceea ce se așteaptă de la ea, adică de a reda conștiinței materialul refulat și izolat astfel prin anumite rezistențe. Dar trebuie să avem în vedere că, de fapt, asociația liberă nu este în realitate liberă. Pacientul rămâne sub influența situației analitice, chiar când nu-și orientează activitatea mentală către o temă determinată. Suntem în drept să admitem că nu va recepționa decât idei care au o legătură cu situația analitică. Rezistența lui față de exprimarea refulatului se va manifesta acum în două moduri. Mai întâi prin acele obiecții critice personale, împotriva cărora este îndreptată regula fundamentală a psihanalizei (sinceritatea). Dacă el învinge aceste obstacole prin respectarea acestei reguli, rezistența capătă altă formă de manifestare. Rezistența va împiedica refulatul să parvină în conștiința analizatului; în schimb, în locul acestuia va apărea ceva ce are în raport cu refulatul un caracter aluziv, și, cu cât rezistența e mai mare, cu atât ideea substitutivă de comunicat va fi mai îndepărtată de ceea ce căutăm de fapt.

Analistul, care ascultă cu atenție, dar fără un efort tensionat, și care, în virtutea experienței lui, e pregătit pentru ceea ce va veni, poate utiliza acum materialul pe care pacientul îl scoate la lumină, conform cu două strategii posibile. Fie că, atunci când rezistența e slabă, reușește să ghicească refulatul, pe baza elementelor aluzive. Fie că, aflat în fața unei rezistențe mai puternice,

sugerată de asociațiile care se îndepărtează de temă, poate recunoaşte natura acestei rezistențe, pe care o face cunoscută atunci pacientului. Dar descoperirea rezistenței este primul pas ce trebuie făcut pentru a o putea învinge. Există, în cadrul muncii analitice, *o tehnică de interpretare*, a cărei mânuire corectă presupune desigur tact şi exercițiu, dar care nu e dificil de învățat. Metoda asociației libere prezintă mari avantaje față de precedenta, şi nu numai pe acela al economiei de efort. Ea cruță la maximum pe analizat de orice constrângere; nu pierde niciodată contactul cu realitatea prezentă; dă garanții maxime că nu va scăpa din vedere nici un factor constituent al nevrozei şi nu va fi introdus vreunul ca efect al propriei aşteptări. Când o folosim, ne raportăm în principal la pacient pentru a determina mersul analizei şi ordonarea materiei; de aceea e imposibil a te ocupa sistematic de fiecare dintre simptome şi de complexe izolate. Spre deosebire de ceea ce are loc în metoda hipnotică sau „exortativă", diversele piese ale ansam-blelor sunt descoperite în timpuri şi locuri diferite, în cursul tratamentului. Pentru un auditor – a cărui prezență nu e în realitate admisă – cura analitică ar fi în consecință perfect inteligibilă.

Un alt avantaj al metodei psihanalitice este acela că ea n-ar trebui să se afle niciodată în dificultate. Într-adevăr, e perfect posibil ca pacientul să aibă întotdeauna o „idee", din moment ce se renunță la orice pretenție privitor la natura ei. Totuşi metoda intră în impas în mod regulat într-un anume caz – dar, prin izolarea lui, acest caz devine şi el interpretabil.

Voi descrie acum un factor care adaugă la tabloul analizei un element esențial şi care e îndreptățit să capete o semnificație cu totul specială, atât tehnică precum şi

teoretică. În orice tratament analitic se stabileşte, fără ca medicul să acționeze în acest sens, o intensă relație afectivă a pacientului cu persoana analistului, relație care nu poate fi explicată deloc prin raporturile lor ca persoane reale. Ea este de natură pozitivă sau negativă; poate căpăta cele mai diverse aspecte, de la o dragoste pasionată, fățiş senzuală, până la expresia cea mai violentă a revoltei, dușmăniei sau urii. Acest „transfer", cum am convenit să denumim fenomenul, înlocuieşte rapid la pacient dorința de vindecare şi devine, atât timp cât îşi păstrează aspectul moderat şi afectuos, agentul de influență al medicului şi la drept vorbind, motorul muncii analitice comune. Mai târziu, când a căpătat un aspect pasional sau, dimpotrivă, de ostilitate, el devine principalul instrument al rezistenței. Tot în acea fază el paralizează activitatea asociativă a pacientului şi pune în pericol succesul tratamentului. Ar fi însă un nonsens de a vrea să eviți transferul: o analiză fără transfer este o imposibilitate. Nu trebuie să credem că analiza creează transferul şi că acesta nu se produce decât pe parcursul analizei. Analiza nu face decât să descopere şi să delimiteze transferul. Transferul este un fenomen uman general, el decide succesul în orice tratament sau asigură „ascendentul" medical; mai mult, el domină toate relațiile unei persoane cu anturajul ei uman. Nu e greu să recunoaştem în transfer acelaşi factor dinamic pe care hipnotizorii l-au numit sugestibilitate, care este purtătorul relației hipnotice şi de capriciile căruia s-a izbit metoda catarctică. Acolo unde tendința către transferul afectiv lipseşte sau a căpătat o turnură negativă, ca în demența precoce sau în paranoia, posibilitatea de a influența psihic bolnavul dispare.

Este cât se poate de exact că psihanaliza se

foloseşte şi de metoda sugestiei, ca şi de alte metode psihoterapeutice. Dar diferenţa este că decizia privitoare la succesul tratamentului nu e lăsată pe seama sugestiei sau transferului. Sugestia este folosită mai degrabă pentru a-l determina pe bolnav să îndeplinească o muncă psihică: să-şi învingă rezistenţele datorate transferului, ceea ce echivalează cu o modificare durabilă a economiei sale psihice. Analistul îl face pe pacient să devină conştient de transfer, iar transferul se rezolvă prin aceea că bolnavul poate fi convins că modul lui de a acţiona în cadrul transferului nu e decât reproducerea unor relaţii afective provenind din cele mai precoce investiri de obiect sexual ale sale, din perioada refulată a copilăriei. Astfel, prin această racordare la trecut, transferul devine, din arma cea mai puternică a rezistenţei, cel mai eficient instrument al curei analitice. Dirijarea lui rămâne în acelaşi timp partea cea mai dificilă precum şi cea mai importantă a tehnicii analitice.

Mulţumită metodei asociaţiei libere şi tehnicii de interpretare care o însoţeşte, psihanaliza a reuşit să îndeplinească un lucru care nu părea să aibă mare importanţă practică, dar care în realitate avea să conducă la o atitudine şi la o valorizare complet noi, fără precedent în evoluţia ştiinţifică. A devenit posibil să se probeze că visele au un sens şi să se descifreze acest sens. În antichitatea clasică, visele erau la mare cinste ca predicţii ale viitorului. Ştiinţa modernă nu accepta să discute despre vise, care erau exilate printre superstiţii, iar visul era considerat drept un act „corporal", un fel de spasm al vieţii psihice, altfel adormită. Părea deci exclus ca un savant, care are la activ lucrări ştiinţifice serioase, să apară la un moment dat în postura de „tălmăcitor de vise". Dar, din momentul în care

lăsai la o parte aceste prejudecăți privind visele, și tratai visul ca pe un simptom nevrotic neînțeles, ca pe o idee delirică sau obsesională și, depărtându-te de conținutul lui aparent, priveai imaginile sale ca pe un obiect al asociației libere, atunci se ajungea la cu totul alt rezultat. Luai cunoștință, prin nenumăratele asociații ale celui ce trăia visul, de un ansamblu de idei coerent, care nu mai putea fi numit absurd sau confuz, care corespundea unui act psihic deplin și față de care *visul manifest* nu era decât o tălmăcire deformată, prescurtată și rău înțeleasă, cel mai adesea o tălmăcire în imagini vizuale. Aceste *idei latente ale visului* conțineau sensul visului; conținutul manifest al visului nu era decât o iluzie, o fațadă, de la care puteau pleca niște asociații, nu însă o interpretare.

Eram acum în situația de a răspunde la o serie întreagă de întrebări, dintre care principalele erau: există un motiv în formarea viselor? în ce condiții apar ele? pe ce căi gândurile latente ale visului,mereu pline de sensuri, ajung să intre în compoziția unor vise, adesea absurde? În „Interpretarea viselor", publicată în 1900, am încercat să lămuresc toate aceste probleme. Nu am aici loc decât pentru un scurt sumar al acestor cercetări.

Când examinezi ideile onirice latente, pe care ai învățat să le distingi prin analiza visului, descoperi printre ele una ce se detașează net de celelalte, inteligibile și foarte familiare celui ce visează. Acestea din urmă sunt fragmente din viața de trezie (resturi diurne); în ideea care nu face corp comun cu ele se identifică o dorință pulsională de obicei foarte șocantă, străină de viața de trezire a persoanei respective, și pe care ea o trezie, în consecință, cu o tăgăduire plină de uimire sau de indignare. Această dorință pulsională este elementul formator al visului, ea a

furnizat energia necesară producerii visului, servindu-se de resturile diurne ca de un simplu material; visul constituit astfel reprezintă o situație în care această dorință este satisfăcută; visul este realizarea acestei dorințe. Acest proces n-ar fi posibil dacă ceva anume, specific pentru natura și starea de somn, nu l-ar favoriza. Condiția psihică fundamentală a somnului este concentrarea eului asupra dorinței de a dormi și descărcarea energetică a tuturor celorlalte interese legate de viață; cum, în același timp, căile de acces la motilitate sunt blocate, Eul poate diminua cantitatea de energie cu care asigură de obicei refulările. Dorința inconștientă profită de această relaxare nocturnă a refulării pentru a irupe – o dată cu visul – în conștiință. Rezistența față de refulare a Eului nu e totuși suprimată în timpul visului, nu e decât diminuată. Rămâne o parte din ea: e *cenzura onirică*, și aceea interzice acum dorinței inconștiente să se manifeste sub formele care i-ar fi în realitate adecvate. Ca urmare a exigențelor acestei cenzuri onirice, ideile onirice latente sunt obligate să consimtă la modificări și atenuări, care fac de nerecunoscut sensul repudiat al visului. În asta rezidă explicația transfigurării onirice, căreia visul manifest îi datorează caracterele cele mai frapante. Ceea ce justifică următoarea afirmație: *visul este realizarea (deghizată) a unei dorințe (refulate)*. Am stabilit astfel deja că visul e construit ca un simptom nevrotic, că este o formație de compromis între solicitarea unei dorințe instinctive refulate și rezistența unei forțe cenzurante a eului. În virtutea unei asemenea geneze, el e la fel de incomprehensibil ca și simptomul nevrotic și impune, ca și el, o interpretare.

Funcția generală a visului e ușor de descoperit. El are rolul de a ne proteja, măgulindu-ne, ca să spunem așa,

de excitațiile externe sau interne, care ar putea provoca trezirea, și de a fi astfel o pavăză pentru somn, contra a tot ce l-ar putea tulbura. Astfel e la adăpost de excitația externă: ea își pierde sensul inițial și apare încorporată unei situații oarecare, lipsite de importanță. Cât privește excitația internă provocată de cerințele instinctive, cel ce doarme îi lasă câmp liber și îi dă satisfacție prin formarea visului, atât timp cât gândurile latente ale visului nu se sustrag jugului cenzurii. Dar acest pericol pândește și, dacă visul devine prea explicit, atunci cel ce doarme întrerupe visul și se trezește îngrozit (vis anxios). Funcția visului se dereglează și atunci când excitația externă devine atât de puternică, încât nu mai poate fi anihilată (vis deșteptător). Procesul care, în colaborare cu cenzura onirică, introduce gândurile latente în conținutul manifest al visului, l-am denumit *elaborare onirică.* Ea constă într-o tratare specială a materialului ideatic preconștient, datorită căreia aceste idei diverse sunt condensate, accentele lor psihice sunt *deplasate*, tot ansamblul este apoi transpus în imagini vizuale, *dramatizat*, apoi completat printr-o *elaborare secundară*, care îl face incomprehensibil. Munca de elaborare onirică este un excelent model al proceselor specifice straturilor profunde, inconștiente, ale vieții psihice, procese care diferă considerabil de procesele mentale normale, cunoscute de noi. El pune în evidență o serie de trăsături arhaice, cum ar fi, de exemplu, folosirea unui *simbolism* sexual, aici predominant, pe care l-am regăsit după aceea în alte domenii ale activității spirituale.

Pulsiunea inconștientă, intrând în raport cu un rest diurn, ce reprezintă un element de interes, încă neepuizat, din perioada de veghe, conferă visului pe care-l formează

o dublă valoare din perspectiva muncii analitice. Visul interpretat este deci, pe de o parte împlinirea unei dorințe refulate, iar pe de altă parte el poate să continue activitatea mentală preconștientă diurnă și să fi primit conținuturi dintre cele mai variabile, exprimând astfel un proiect, un avertisment, o reflexie sau, din nou, realizarea unei dorințe. Analiza înaintează pe ambele piste, pentru a lua cunoștință, la analizat, atât de procesele conștiente, cât și de procesele inconștiente. Ea trage foloase și din această împrejurare că materialul uitat al vieții infantile este accesibil visului, astfel că amnezia privind perioada infantilă este cel mai adesea depășită făcând apel la interpretarea viselor. Visul îndeplinește aici o parte din ce i se pretindea înainte hipnozei. În schimb, n-am pretins niciodată, cum s-a afirmat, că din interpretarea viselor ar rezulta că toate visele ar avea un conținut sexual sau se raportează la forțe instinctive sexuale. E ușor de văzut că foamea, setea și nevoia de defecare nasc și ele vise, la fel ca orice pulsiune refulată, de ordin sexual sau egoist. Copiii mici ne dau posibilitatea să verificăm cu ușurință justețea teoriei noastre despre vise. La ei, funcțiile diverselor sisteme psihice nu sunt încă total separate, iar refulările nu sunt încă profund instaurate; întâlnim, în consecință, frecvente vise ce nu sunt altceva decât realizarea, nedeghizată, a unor dorințe oarecare din ziua precedentă. Sub influența trebuințelor fizice imperioase, și adulții pot avea asemenea vise de tip infantil.

Analiza folosește, în același mod în care interpretează visele, studierea micilor acte ratate și a acțiunilor simptomatice ale indivizilor, subiect căruia i-am consacrat un studiu, „Psihopatologia vieții cotidiene", publicat în 1904. Această carte, cea mai citită dintre lucrările mele,

dovedește că aceste fenomene nu sunt datorate hazardului, că ele transgresează explicațiile fiziologice, că sunt pline de sensuri și interpretabile și că ele justifică concluzia potrivit căreia ele sunt determinate de pulsiuni reprimate sau refulate. Valoarea particulară a interpretării viselor ca și a acestui studiu nu rezidă totuși în sprijinul pe care îl aduc muncii analitice, ci în altă calitate.

Până atunci, psihanaliza nu se ocupase decât de lămurirea fenomenelor patologice și, pentru a le explica, trebuise să recurgă adesea la ipoteze a căror anvergură era disproporționată față de importanța materialului tratat. Totuși visul, pe care psihanaliza îl studia acum, nu mai era un simptom morbid, ci un fenomen al vieții psihice normale, care se poate produce la orice om sănătos. Și dacă visul e construit ca un simptom, dacă explicația lui implică aceleași ipoteze – aceea a refulării pulsiunilor, aceea a formațiilor de substituție și de compromis, aceea a unor sisteme psihice structurate în conștient și inconștient –, atunci psihanaliza nu mai este o știință accesorie a psihopatologiei; ea este mai degrabă baza unei științe psihologice noi și mai profunde, care devine indispensabilă pentru a înțelege și normalitatea. Ipotezele și rezultatele ei se pot aplica și în alte domenii ale vieții psihice și mentale. I se deschide acum perspectiva unui interes universal.

V

Întrerup aici expunerea privind evoluția internă a psihanalizei, pentru a mă ocupa de destinul ei exterior. Ceea ce am făcut cunoscut până acum în legătură cu descoperirile ei era în linii mari datorat propriei mele munci; în acest ansamblu am introdus totuşi şi unele rezultate ulterioare şi n-am separat contribuțiile elevilor şi discipolilor mei de cele care-mi aparțin.

Timp de mai mult de un deceniu, după desprinderea mea de Breuer, n-am avut nici un discipol. Eram total izolat. La Viena eram evitat, străinătatea mă ignora. „Interpretarea viselor", apărută în 1900, aproape că n-a fost menționată în revistele de psihiatrie. În „Contribuție la istoria mişcării psihanalitice", am menționat, ca un exemplu pentru atitudinea cercurilor psihiatrice din Viena, o conversație pe care am avut-o cu un asistent de la clinică, autor al unei broşuri ce desființa teoriile mele, dar nu-mi citise cartea. La clinică i se spusese că nu merita să se obosească. Medicul respectiv, devenit apoi profesor universitar, şi-a permis ulterior să nege sensul discuției noastre şi să pună la îndoială chiar ținerea mea de minte. Nu retrag un cuvânt din ce am relatat atunci.

Când am priceput de ce probleme inerente mă izbesc, susceptibilitatea mi-a scăzut. Izolarea mea a luat

sfârșit, după o vreme. Mai întâi, s-a adunat în jurul meu un mic cerc de elevi; după anul 1906, am aflat că o serie de psihiatri din Zürich, E. Bleuler, asistentul său C.G.Jung și alții, sunt foarte interesați de psihanaliză. S-au legat relații personale. În 1908, de Paște, prietenii noii științe s-au întâlnit la Salzburg, au decis să continue regulat aceste reuniuni și să fondeze o revistă, care va apărea cu titlul de *Anuar de cercetări psihopatologice și psihanalitice,* având ca redactor-șef pe Jung. Editorii ei erau Bleuler și cu mine. La începutul războiului mondial, apariția anuarului a fost suspendată. Concomitent cu activitatea acestui grup, interesul pentru psihanaliză s-a trezit peste tot în Germania; ea a devenit obiectul unor vii discuții în reviste și în congrese științifice. Primirea ce i s-a făcut nu era deloc binevoitoare. În scurt timp, toți oamenii de știință germani au respins-o.

Sigur, nu pot ști astăzi care va fi judecata definitivă privind valoarea psihanalizei în psihiatrie, în psihologie și în științele spiritului în general. Oricum, când faza de început a psihanalizei va constitui obiectul atenției unui istoric, acesta va fi obligat să constate că atitudinea reprezentanților științei germane n-a fost spre lauda acesteia. Când fac această afirmație, nu mă gândesc la faptul că au respins-o, nici la modul foarte decis în care au făcut asta; aceste două fapte erau ușor de înțeles, corespundeau așteptărilor și nu aruncau în nici un fel o umbră asupra caracterului adversarilor. Dar nu poate exista nici o scuză pentru excesul de aroganță, grosolănia și lipsa de eleganță a polemicii. Mi se va putea spune că e pueril să dau curs acestei susceptibilități după cincisprezece ani încheiați; nici n-aș fi făcut-o, de altfel, dacă n-aș mai fi avut ceva de adăugat. După un număr de ani, când, în timpul războiului

mondial, un cor de duşmani profera asupra naţiunii germane acuzaţii de barbarie, care erau în concordanţă cu tot ce am menţionat mai sus, a fost foarte dureros pentru mine, având în vedere propria-mi experienţă, să nu-i pot contrazice.

Unul dintre adversarii mei, care se lăuda că le închide gura pacienţilor imediat ce aduc vorba de probleme sexuale, a dedus că, în virtutea acestei tehnici personale, e în măsură să judece rolul sexualităţii în formarea nevrozelor. Lăsând deoparte rezistenţele afective, rezistenţe care se explică uşor în lumina teoriei psihanalitice, şi care nu ne puteau descumpăni, principalul obstacol în calea înţelegerii dintre noi şi adversarii noştri mi se pare a fi acela că ei vedeau în psihanaliză un produs al imaginaţiei mele speculative şi n-au fost dispuşi să creadă că ea a fost construită pe temelia unei munci îndelungate, răbdătoare şi dezbărate de orice prejudecată. Cum, după părerea lor, analiza n-avea nici o legătură cu observaţia nici cu experienţa, ei s-au considerat autorizaţi să o respingă, chiar şi în absenţa unei experienţe personale. Alţii, care nu se sprijineau pe această fermă convingere, foloseau manevra de rezistenţă clasică: nu priveşti sub microscop, ca să nu rişti să vezi ce ai contestat. Maniera incorectă în care se comportă cei mai mulţi oameni, atunci când sunt în situaţia de a formula o judecată în legătură cu ceva nou, este foarte ciudată. Timp de mulţi ani şi chiar de curând am auzit critici „binevoitori" zicându-mi că psihanaliza are dreptate până aici sau până acolo, dar că dincolo de acest punct încep excesele, generalizările nejustificate. Ştiu totuşi că nimic nu e mai greu decât să trasezi asemenea frontiere şi că acei critici înşişi erau, cu câteva zile sau săptămâni înainte, în totală necunoştinţă

de cauză relativ la problema respectivă.

Anatema oficială contra psihanalizei a avut drept consecințe faptul că analiștii au strâns rândurile. La al doilea congres al lor, în 1910, La Nuremberg, ei s-au organizat, la propunerea lui S. Ferenczi, într-o „Asociație psihanalitică internațională", divizată în organizații locale și pusă sub conducerea unui președinte. Această organizație a traversat cu succes anii de război, există și astăzi și are organizații locale la Viena, Berlin, Budapesta, Zürich, Londra, în Olanda, la New-York, Moscova și Calcutta. Am acceptat să fie ales ca prim președinte C.G.Jung, inițiativă foarte neinspirată, după cum s-a dovedit mai târziu. Psihanaliza și-a întemeiat tot atunci și o a doua publicație: *Revista centrală de psihanaliză*, condusă de Adler și Stekel, și, după puțin timp, și o a treia, *Imago*, dedicată de analiștii non-medici, H. Sachs și O. Rank, aplicațiilor analizei la științele spiritului în general. Puțin după aceea, Bleuler publică propria lui apărare a psihanalizei: „*Psihanaliza lui Freud*", 1910. Oricât de plăcut era să aud în toată această dezbatere măcar o voce animată de dorința de echitate și logică, nu mă puteam simți absolut satisfăcut de lucrarea lui Bleuler. El era obsedat de aparența de imparțialitate; n-a fost o întâmplare că tocmai lui îi datorăm introducerea prețiosului concept de *ambivalență* în știința noastră. În articolele sale ulterioare, Bleuler a luat o atitudine de refuz față de corpul doctrinei analitice, a pus la îndoială sau a respins părți atât de însemnate ale ei, încât m-am întrebat dacă mai rămâne din ea ceva recognoscibil. Și totuși, după aceea, el nu numai că a făcut cele mai cordiale declarații în favoarea „psihologiei abisale" dar a și fundamentat pe ea ampla sa teorie asupra schizofreniei. De altfel, Bleuler n-a rămas mult timp

în „Asociația psihanalitică internațională", a părăsit-o ca urmare a neînțelegerilor cu Jung și a fost definitiv pierdut pentru analiză, o dată cu clinica Burghsőlzi.

Opoziția oficială n-a putut opri expansiunea psihanalizei nici în Germania, nici în alte țări. În *Contribuție la istoria mișcării psihanalitice* am înfățișat etapele progresului său și am numit oamenii care s-au manifestat ca reprezentanți ai ei. În 1909, Jung și cu mine am fost chemați de G. Stanley Hall în America pentru a ține timp de o săptămână prelegeri (în germană) la Clark University, Worcester, Mass., al cărei președinte era, cu ocazia celei de-a douăzecea aniversări a acestei instituții. Hall era, pe bună dreptate, un psiholog și un pedagog foarte apreciat, care, de mai mulți ani, introdusese psihanaliza în învățământ. Avea în el ceva de „Kingmaker" (făcător de regi), plăcându-i foarte mult să confirme sau să infirme autorități științifice. Acolo l-am întâlnit pe James J. Putnam, neurologul de la Harvard, care, în ciuda vârstei lui înaintate, s-a entuziasmat pentru psihanaliză și a susținut public atât valoarea ei culturală, cât și puritatea intențiilor ei, cu toată puterea de influență a personalității sale respectate. Nu ne-a stingherit aici decât înclinația acestui om de mare calitate – orientat, printr-o predispoziție obsesională, către etică – de a anexa psihanaliza unui sistem filozofic anume și de a o pune în serviciul unor tendințe moralizatoare. Întâlnirea pe care am avut-o cu filozoful William James mi-a lăsat o impresie durabilă. Nu pot să uit această mică scenă: în timpul unei plimbări s-a oprit brusc, m-a rugat să-i țin servieta și m-a rugat să nu mă opresc: el avea să mă ajungă din urmă după ce îi trece criza de angină pectorală, pe care o simțea venind. A murit un an mai târziu, de inimă; de-atunci n-am încetat să-mi doresc o atitudine la fel de

curajoasă în fața sfârșitului apropiat.

Aveam atunci 53 de ani, mă simțeam tânăr și sănătos. Scurta ședere în Lumea Nouă a avut, desigur, un efect reconfortant pentru sentimentul propriei mele valori. În Europa mă simțeam parcă pus la stâlpul infamiei. Dincoace mă vedeam primit de cei mai buni ca un egal. Când am urcat pe estradă la Universitatea din Worcester, ca să încep cele „Cinci conferințe asupra psihanalizei", parcă am trăit realizarea unui incredibil vis diurn. Psihanaliza nu mai era deci o producție delirantă, ea devenise o parte valoroasă a realității. Ea n-a pierdut teren în America după vizita noastră, se bucură în rândurile publicului larg de o popularitate puțin obișnuită și e recunoscută de mulți psihiatri oficiali ca o parte importantă a învățământului medical. Din nefericire, și acolo a fost adesea mistificată. Multe manifestări abuzive, străine de psihanaliză, s-au folosit de numele ei. Nu există posibilitatea de a forma în mod temeinic analiști, atât pe planul tehnicii de lucru, cât și pe plan teoretic. În plus, ea se izbește în America de *behaviorism*, care se laudă, în naivitatea sa, de a fi eliminat complet problema psihologică.

Între 1911 și 1913, în Europa s-au delimitat două mișcări disidente ale psihanalizei, mișcări inițiate de două persoane care jucaseră până atunci un rol apreciat în tânăra știință: Alfred Adler și C.G.Jung. Aceste mișcări păreau foarte agresive și au câștigat repede mulți adepți. Totuși, ele nu-și datorau forța propriului lor fond de idei, ci faptului că permiteau, ceea ce era seducător, de a se elibera de rezultatele, resimțite ca șocante, furnizate de psihanaliză, chiar fără a nega materialul faptic exploatat de ea. Jung a încercat să transpună faptele pe care se baza analiza într-un registru abstract, impersonal, fără a lua în seamă

istoria individului, sperând astfel să fie scutit de a recunoaşte sexualitatea infantilă şi complexul lui Oedip, precum şi necesitatea analizei copilăriei. Adler părea că se îndepărtează şi mai mult de psihanaliză; el a respins în bloc importanţa sexualităţii, raportând în mod exclusiv formarea caracterului ca şi a nevrozei la voinţa de putere a oamenilor şi la nevoia acestora de a compensa inferioritatea lor constituţională. El a aruncat astfel pe fereastră toate achiziţiile psihologice ale psihanalizei. Totuşi, ceea ce a respins şi-a tăiat drum cu forţa în cadrul sistemului său închis: „protestul viril" nu este altceva decât refularea, pe nedrept sexualizată. Criticile formulate la adresa celor doi „eretici" au fost cât se poate de blânde; n-am putut obţine de la ei mai mult decât de a-i face să renunţe la a mai denumi doctrinele lor „psihanaliză". Astăzi, după trecerea a zece ani, putem constata că aceste două tentative au trecut prin apropierea psihanalizei fără a-i provoca daune.

Când o comunitate e fondată pe un acord privitor la câteva puncte esenţiale, e de la sine înţeles că acei care părăsesc acest teren comun se exclud singuri din această comunitate. Totuşi, s-a pus adesea pe seama intoleranţei mele abandonul acestor dintâi elevi ai mei, iar unii au vrut să vadă în asta o expresie a unei fatalităţi care apasă asupra destinului meu. În replică, li se poate spune că, pe lângă grupul celor care m-au părăsit, Jung, Adler, Stekel şi alţi câţiva, există un mare număr de oameni, ca Abraham, Eitington, Ferenczi, Rank[1], Jones, Brill, Sachs, pastorul Pfister, van Emden, Reik etc. care, de circa cincisprezece ani, sunt legaţi de mine printr-o colaborare fidelă, iar cei mai mulţi şi prin legături de prietenie, netulburate de nimic. N-am numit aici decât pe cei mai vechi dintre

discipolii mei, cei care şi-au făcut deja un nume în literatura psihanalitică; omiterea altora nu e un semn de mai puțină stimă; ba chiar tocmai printre cei mai tineri şi printre cei care au venit la mine mai târziu se numără talente în care ne putem pune mari speranțe. Cred că un om dominat de intoleranță şi de vanitatea infailibilității n-ar fi avut cum să strângă în jurul lui atâtea personalități de prim rang, mai ales când nu are nişte avantaje practice de oferit.

Războiul mondial, care a spulberat atâtea alte organizații, n-a putut clinti deloc „Internaționala" noastră. Prima întâlnire de după război a avut loc în 1920, la Haga, pe teren neutru. Modul cum s-a manifestat ospitalitatea olandeză față de nişte oaspeți din Europa Centrală, înfometați şi sărăciți de război, a fost emoționant; a fost pentru întâia dată, după câte ştiu, când englezii şi germanii au stat prieteneşte la aceeaşi masă, determinați de interese ştiințifice comune. Războiul avusese chiar darul de a accentua interesul față de psihanaliză, atât în Germania cât şi în Occident. Observarea nevrozelor de război deschisese în sfârşit ochii medicilor asupra semnificației psihogenezei în tulburările nevrotice, iar unele din concepțiile noastre psihologice, privind „profitul bolii" şi „fuga în maladie" au devenit repede populare. La ultimul congres, ținut înaintea înfrângerii, în 1918, la Budapesta, guvernele puterilor centrale aliate trimiseseră reprezentanți oficiali, care au fost de acord cu noi de a organiza servicii psihanalitice pentru tratarea nevrozelor de război. N-a mai fost timp pentru realizarea acestui proiect. De asemenea, planurile de anvergură ale unuia dintre cei mai valoroşi membri ai Asociației noastre, Dr. Anton von Freund, care intenționa să creeze la Budapesta un institut central, destinat învățământului şi terapiei analitice, au eşuat

din cauza tulburărilor politice care s-au produs la scurt timp după aceea, precum şi din cauza morţii premature a acestui om de neînlocuit. O parte dintre ideile lui au fost mai târziu puse în practică de Max Eitington, care a înfiinţat la Berlin, în 1920, o policlinică psihanalitică. În scurta perioadă a conducerii bolşevice din Ungaria, Ferenczi a putut desfăşura cu succes o activitate didactică la Universitate, ca reprezentant oficial al mişcării psihanalitice. După război, adversarii noştri au susţinut cu tărie că experienţa a furnizat argumente irefutabile împotriva principiilor analitice: nevrozele de război ar fi demonstrat că factorii sexuali nu sunt implicaţi în geneza afecţiunilor nevrotice. A fost însă un triumf superficial şi pripit. Căci, pe de o parte nimeni nu putuse să ducă până la capăt analiza aprofundată a unui caz de nevroză de război, încât, pur şi simplu nu se cunoştea nimic cert privitor la motivaţia acestor nevroze, şi, în aceste condiţii de ignoranţă, nu era corect să se tragă concluzii. Pe de altă parte, psihanaliza cristalizase de mult noţiunile de narcisism şi de nevroză narcisică, al cărei conţinut este fixarea libidoului asupra propriului eu, devenit obiect. Astfel, cu toate că în mod obişnuit se reproşa psihanalizei că a lărgit nepermis de mult conceptul de sexualitate, când devenea comod pentru polemică era dat uitării acest „păcat" şi se opera cu conceptul de sexualitate în înţelesul său cel mai restrâns.

Pentru mine, istoria psihanalizei se divide în două perioade. În prima perioadă, eram singur şi aveam de îndeplinit toată munca de unul singur: aşa a fost din 1895-96 până în 1906 sau 1907. În cea de a doua perioadă, adică de atunci şi până astăzi, contribuţiile discipolilor şi colaboratorilor mei au crescut mereu în importanţă, în aşa fel încât acum, avertizat de o boală gravă asupra sfârşitului

meu apropiat, pot privi cu mult calm perspectiva ca activivatea mea să înceteze. Dar tocmai din acest motiv, nu pot trata, în această relatare privind viața și activitatea mea, progresele psihanalizei în ceea de-a doua perioadă cu tot atât de multe detalii ca atunci când am vorbit despre edificarea treptată a psihanalizei în primul ei deceniu de existență. Nu voi menționa decât acele achiziții noi la cristalizarea cărora am avut de asemenea un rol preponderent, adică înainte de toate acelea privitoare la narcisism, la teoria pulsiunilor și la aplicarea analizei în domeniul psihozelor.

Trebuie să adaug că, pe măsură ce experiența noastră se îmbogățea, complexul lui Oedip apărea tot mai mult ca nucleul central al nevrozelor.El era în egală măsură punctul culminant al vieții sexuale infantile precum și punctul nodal din care porneau toate dezvoltările ulterioare. Trebuia să constatăm, așa cum Jung, în primele sale studii analitice, știuse să exprime atât de bine, că nevroza nu posedă nici un conținut anume, propriu și exclusiv, și că nevrozele eșuează acolo unde oamenii normali se descurcă perfect. Acest mod de înțelegere nu înseamnă în nici un fel o infirmare a principiilor noastre. Dimpotrivă, el era în perfect acord cu concepția că „psihologia abisală", descoperită de psihanaliză, este în fapt psihologia vieții psihice normale. Ni se întâmplă și nouă ca și chimiștilor: marile diferențe calitative dintre compuși aveau la bază modificările cantitative în raporturile de combinare ale aceloraşi elemente.

În complexul lui Oedip, libido-ul se dovedea a fi legat de reprezentarea părinților. Dar fusese, înainte de asta, o perioadă când aceste obiecte nu existau. Rezulta de aici ideea, fundamentală pentru teoria libido-ului, că există o

fază în care libido-ul satisface propriul eu, luându-l pe acesta drept obiect. Această stare putea fi numită „narcisism" sau dragoste de sine. Primele deducţii ne spuneau că narcisismul nu cunoaşte pauze totale; pe parcursul întregii vieţi, eul rămâne marele rezervor pentru libido, din care sunt trimise în afară investirile energetice către obiecte şi, în sens invers, către care libido-ul poate reveni, dinspre obiecte. Astfel, libido-ul narcisic se transformă mereu în libido obiectal şi viceversa. Un excelent exemplu de amplitidinea ce o poate căpăta această transformare ne-o dă starea de dragoste, sexuală sau sublimată, care poate merge până la sacrificiul propriei existenţe. Dacă, până atunci, în legătură cu procesul de refulare, nu li se dăduse atenţie decât elementelor refulate, aceste reprezentări noi au permis să fie apreciat la justa valoare şi „refulantul", factorul refulator. Afirmasem anterior că refularea e produsă de pulsiunile conservării de sine, ce acţionează în interiorul Eului (pulsiunile Eului), şi aplicată asupra pulsiunilor libidinale. Acum, când recunoaşteam pulsiunile de conservare ca fiind şi de natură libidinală – ca fiind un libido narcisic –, procesul de refulare apărea ca un proces ce se petrece chiar în interiorul libidoului; libidoul narcisic se răzvrăteşte contra libido-ului obiectual, interesul conservării eului se apără împotriva exigenţelor dragostei pentru obiect şi, simultan, împotriva exigenţelor sexualităţii în sens îngust.

Nici o necesitate nu se face simţită în psihologie într-o manieră mai presa ntă ca aceea a unei teorii a pulsiunilor, suficient de cuprinzătoare ca să permită continuarea construcţiei folosind-o ca bază. Cum nu avem aşa ceva, psihanaliza trebuie să facă eforturi să constituie una, pe dibuite. Ea stabileşte mai întâi opoziţia dintre

pulsiunile eului (conservare de sine, foame) și pulsiunile libidinale (dragoste); apoi o înlocuiește prin opoziția, nouă, dintre libido-ul narcisic și libido-ul obiectual. Dar, în felul acesta, ultimul cuvânt nu fusese spus: considerații biologice păreau să interzică a ne mulțumi cu ipoteza unui singur fel de impulsii.

În lucrările mele din ultimii ani („Dincolo de principiile plăcerii"; „Psihologia maselor și analiza Eului"; „Eul și Sinele") am dat frâu liber tendinței, mult timp reprimate, către speculație, și am luat în considerare o nouă soluție pentru problema pulsiunilor. Am reunit, în cadrul conceptului de Eros, pulsiunea de conservare a Sinelui și pe cea a speciei și i-am opus pulsiunea distrucției și a morții, care lucrează în tăcere. Pulsiunea e concepută în ansamblu ca un fel de elasticitate a viului, ca un imbold ce tinde a restabili o situație originară ce a existat cândva și a încetat de a mai fi, din cauza unor anomalii exterioare. Această natură prin excelență conservatoare a pulsiunii este ilustrată de fenomenele de *automatism de repetiție*. Din acțiunile îndeplinite de Eros și de pulsiunea morții, prin concordanțe sau opoziții alternative între ele, se constituie ca un întreg imaginea vieții.

Ne putem întreba dacă această construcție se va dovedi utilizabilă. Ea a fost asamblată în scopul de a fixa câteva dintre cele mai importante formulări teoretice ale psihanalizei, dar depășește cu mult granițele psihanalizei. Am auzit de multe ori opinia că nu poți avea considerație pentru o știință ale cărei concepte de bază sunt atât de imprecise precum acelea de libido sau de pulsiune în psihanaliză. Dar o asemenea obiecție are drept temei o totală necunoaștere a lucrurilor. Concepte fundamentale clare și definiții precise, perfect conturate, sunt posibile în

ştiinţele spiritului doar în măsura în care ele reuşesc să facă un ansamblu de fapte să se încastreze într-un sistem intelectual precis articulat. În ştiinţele naturale, printre care se numără şi psihologia, o asemenea claritate a conceptelor fundamentale este greu de conceput dacă nu de-a dreptul imposibilă. Zoologia şi botanica n-au început prin a da definiţii corecte şi adecvate ale animalului şi ale plantei, biologia nu ştie nici astăzi cu ce conţinut bine definit să umple conceptul de viu. Fizica însăşi n-ar fi putut să evolueze dacă ar fi trebuit să aştepte ca nişte concepte cum ar fi materia, forţa, gravitaţia şi altele să capete claritatea şi precizia dorite. Reprezentările fundamentale sau conceptele dominante ale disciplinelor proprii ştiinţelor naturale sunt la început lăsate într-o anume imprecizie, nu sunt provizoriu determinate decât prin indicarea domeniului fenomenal de care aparţin şi nu pot deveni clare, complete şi incontestabile decât prin analiza progresivă a materialului de observat.

Încercasem deja, în faze anterioare ale operei mele, să acced, plecând de la observaţia psihanalitică, la puncte de vedere mai generale. În 1911, într-un mic eseu, „Formulări relative la cele două principii ale vieţii psihice", am subliniat, într-o manieră desigur nu foarte originală, predominanţa principiului plăcere-neplăcere în viaţa psihică şi cum este el pus în evidenţă printr-un aşa-numit *principiu al realităţii.* Mai târziu, am îndrăznit să concep o „Metapsihologie". Am denumit astfel un mod de cercetare în care fiecare proces psihic este apreciat după trei coordonate: *dinamică, topică* şi *economică*, şi am considerat că acesta este scopul suprem pe care îl poate atinge psihologia. Tentativa a rămas incompletă, ca o statuie neterminată. Am întrerupt-o după ce am scris câteva

eseuri: „Pulsiune şi destinele pulsiunilor", „Refularea", „Inconştientul", „Doliu şi melancolie" etc. – şi am avut desigur motive să procedez astfel, fiindcă nu sosise momentul pentru definitivarea unor asemenea proiecte teoretice. În cele mai recente lucrări speculative, am procedat la o divizare a aparatului psihic uman plecând, de la o punere în valoare analitică a faptelor patologice: l-am descompus în *Eu*, *Sine* şi *Supraeu* („Eu şi Sinele", 1922). Supraeul este moştenitorul complexului lui Oedip şi reprezentantul exigenţelor etice ale individului.

N-aş vrea să dau impresia că, în această ultimă perioadă de muncă, am întors spatele observaţiei răbdătoare şi că m-am dedicat în întregime speculaţiilor. Adevărul e că am păstrat o legătură strânsă cu materialul de observaţie analitică şi nu am întrerupt niciodată munca la temele speciale, clinice sau de tehnică analitică. Iar acolo unde mă îndepărtam de observaţie am evitat cu grijă să mă apropiu de filozofia propriu-zisă. O incapacitate constituţională mi-a uşurat această atitudine rezervată. Am fost întotdeauna receptiv la ideile lui G.T. Fechner şi am găsit un sprijin important în ideile acestui gânditor. Concordanţele însemnate dintre psihanaliză şi filozofia lui Schopenhauer – el nu numai că a apărat prioritatea afectivităţii şi importanţa primordială a sexualităţii, dar a intuit chiar mecanismul refulării – nu se explică printr-o cunoaştere a doctrinei sale. L-am citit pe Schopenhauer la o vârstă destul de înaintată. Pe Nietzsche, alt filozof ale cărui intuiţii şi puncte de vedere coincid adesea în mod uimitor cu rezultatele obţinute, prin muncă stăruitoare, de psihanaliză, l-am evitat mult timp, pe bună dreptate, din această cauză; ţineam mai puţin la prioritate decât la nevoia de a fi liber de idei preconcepute.

Nevrozele fuseseră primul şi, pentru multă vreme, singurul obiect de cercetare al analizei. Pentru toţi analiştii a devenit clar că practica medicală comisese o eroare sepa-rând aceste afecţiuni de psihoze şi încluzându-le printre bolile nervoase organice. Teoria nevrozelor aparţine de psihiatrie, este o introducere indispensabilă în psihiatrie. Dar se pare că studiul analitic al psihozelor e descurajat de lipsa de speranţă terapeutică pe care o comportă un asemenea efort. Capacitatea de a face un transfer pozitiv lipseşte de obicei la un bolnav atins de psihoză, ceea ce face ca principalul instrument al tehnicii analitice să fie aici inutilizabil. Însă aceşti bolnavi pot fi uneori abordaţi din altă direcţie. Transferul nu e de regulă total absent şi se poate progresa, datorită lui, o bună bucată de drum. În depresiile ciclice, alteraţiile paranoice uşoare, schizofreniile parţiale, s-au obţinut, datorită analizei, succese incontestabile. Pentru ştiinţă a fost practic un avantaj că, în multe cazuri, diagnosticul poate oscila destul de mult timp între ipoteza unui psihonevroze şi cea a unei demenţe precoce; tentativa terapeutică declanşată poate astfel furniza informaţii înainte de a trebui să fie abandonată. Dar contează cel mai mult că, în psihoze, sunt aduse la suprafaţă şi făcute vizibile tuturor atâtea lucruri pentru descoperirea cărora, în nevroze, eşti obligat să depui o muncă anevoioasă de cercetare a profunzimilor. Clinica psihiatrică furnizează apoi, pentru multe dintre aserţiunile analitice, cele mai bune probe. Era deci inevitabil ca analiza să găsească repede drumul ce duce către obiectele observaţiei psihiatrice. Am putut încă de timpuriu (1896) să demonstrez, privitor la un caz de demenţă paranoică, prezenţa aceloraşi factori etiologici şi a aceloraşi complexe afective ca şi în nevroze. Jung a lămurit o serie

de stereotipii enigmatice la demenți raportându-le la biografia bolnavului. Bleuler a pus în evidență, la diverse psihoze, mecanisme asemănătoare cu acelea descoperite, prin analiză, la nevrotici. De atunci, eforturile depuse de analiști pentru înțelegerea psihozelor au continuat fără oprire. Îndeosebi de când se lucrează cu conceptul de narcisism, analiștii reușesc, ici și colo, să arunce o rază de lumină asupra unor zone până mai ieri învăluite în mister. Cel mai departe în această direcție a mers Abraham, prin explicarea melancoliei. În acest domeniu, nu toate cunoștințele existente se convertesc efectiv în putere terapeutică; dar câștigul pur teoretic nu trebuie desconsiderat și el își va găsi cu siguranță aplicații practice. Pe termen lung, nici psihiatrii nu pot rezista față de puterea de convingere a materialului patologic. Actualmente, în psihiatria germană se produce un gen de *pénetration pacifique*[2] cu punctele de vedere analitice. Protestând mereu că nu vor să fie psihanaliști, că nu aparțin școlii tradiționale, că nu o urmează în excesele ei și, mai ales, că nu cred în importanța preponderentă a factorului sexual, cei mai mulți dintre tinerii cercetători își însușesc totuși o parte sau alta a doctrinei psihanalitice și o aplică în maniera lor personală asupra materialului viu. Totul indică o iminentă dezvoltare ulterioară în această direcție.

VI

La ora actuală, iau cunoştinţă, de la distanţă, de reacţiile pe care le provoacă pătrunderea psihanalizei în Franţa, mult timp refractară. Ai zice că se repetă lucruri pe care le-am mai trăit; dar există şi anumite trăsături particulare. Apar obiecţii de o incredibilă naivitate, ca aceea că delicateţea franceză e contrariată de pedantismul şi dificultatea terminologiei psihanalitice (asta îmi aduce în minte pe nemuritorul cavaler Riccaut de la Marlinière al lui Lessing!) O altă aserţiune dă impresia a fi mai gravă; un profesor de psihologie de la Sorbona n-a considerat-o nedemnă de prestigiul său când a formulat-o: *Geniul latin* este străin modului de a gândi al psihanalizei. În felul ăsta, Aliaţii anglo-saxoni, care trec drept partizanii psihanalizei, sunt sacrificaţi fără echivoc. Auzind afirmaţia de mai sus, eşti tentat să crezi că *Geniul teuton* a strâns la pieptul său, ca pe un copil drag, psihanaliza.[3]

Interesul pentru psihanaliză s-a făcut simţit în Franţa mai întâi printre oamenii de litere. Pentru a ne explica acest lucru, trebuie să ne amintim că, prin interpretarea viselor, psihanaliza a depăşit limitele unei pure specializări medicale. În intervalul care s-a scurs de la apariţia ei în Germania şi până la pătrunderea ei, în zilele noastre, în Franţa, ea şi-a găsit numeroase aplicaţii în diverse

domenii ale literaturii şi artei, în istoria religiilor, studiul preistoriei, mitologiei, folclor, pedagogie etc. Toate aceste domenii au o slabă legătură cu medicina, de fapt nu sunt în relație cu ea decât prin intermediul psihanalizei. Nu am deci o justificare pentru a le trata aici temeinic, într-o biografie cu profil medical. Nu pot totuşi să le trec sub tăcere, fiindcă, pe de o parte, ele sunt indispensabile pentru a da un tablou exact al valorii şi esenței psihanalizei, iar pe de altă parte m-am angajat să fac aici o prezentare a muncii mele de o viață. Cea mai mare parte a acestor aplicații ale psihanalizei au fost inaugurate de propriile mele lucrări. Mi-am permis, din când în când, unele „evadări" în domeniul extramedical. Alții, nu numai medici, ci şi specialişti în diverse ştiințe, au urmat apoi pe acelaşi drum, pătrunzând adânc în fiecare din aceste domenii. Până aici, urmând planul pe care mi l-am trasat, de a mă limita la propria mea contribuție privind aplicațiile psihanalizei, n-am putut oferi lectorului decât un tablou cu totul incomplet al întinderii şi importanței lor.

Complexul lui Oedip, a cărui ubicuitate mi s-a revelat treptat, mi-a oferit o temă de meditație incitantă. Alegerea sau crearea acestei teme sinistre a părut întotdeauna o enigmă; la fel şi influența răscolitoare asupra spectatorilor a dramei antice pe această temă, ca şi esența tragediei destinului în general. Totul se explică dacă sesizăm că ea reprezintă o lege a vieții psihice, cu toate implicațiile ei afective. Fatalitatea şi oracolul nu erau decât materializările unei necesități interne; faptul să eroul păcătuia fără s-o ştie şi împotriva propriei sale intenții constituia o expresie exactă a naturii *inconştiente* a pulsiunilor sale criminale. De la înțelegerea acestei tragedii a destinului nu mai rămânea de făcut decât un pas până la

înțelegerea tragediei de caracter care este Hamlet, admirată de trei sute de ani, fără a-i putea descifra sensurile și fără a putea indica mobilurile poetului. E de remarcat că acest erou nevropat imaginat de poet se confruntă cu complexul lui Oedip, ca și nenumărații săi confrați din lumea reală; căci Hamlet e pus în fața îndatoririi de a răzbuna cele două acte care constituie esența aspirației oedipieme, iar asta îi provoacă un obscur sentiment de culpabilitate care îi paralizează voința de a acționa. Hamlet a fost scris de Shakespeare la puțin timp după moartea tatălui său. Indicațiile mele privitoare la analiza acestei tragedii l-au determinat pe Ernest Jones să realizeze un studiu aprofundat. La fel a procedat Otto Rank, care a făcut cercetări privind alegerea subiectului de către poeți și dramaturgi. În ampla sa lucrare despre *Tema incestului* („Das Inzest-Motiv in Dichtung unde Sage"), el a putut arăta cum poeții aleg adesea drept temă chiar situația oedipiană și a urmărit în literatura universală transformările, variațiile și formele atenuate ale acestei teme.

Se deschidea astfel calea pentru analiza producției literare și artistice în general. S-a dovedit că tărâmul imaginației e o „rezervație" creată ca urmare a trecerii, resimțite dureros, de la principiul plăcerii la principiul realității, spre a oferi un substitut satisfacerii instinctive la care viața reală te obligă să renunți. Ca și nevropatul, artistul se retrage, departe de realitatea incapabilă să-l satisfacă, în această lume imaginară; dar, invers decât ne-vropatul, el se pricepe să găsească drumul de întoarcere și va pune din nou piciorul pe tărâmul realității. Creațiile lui, operele de artă, sunt satisfaceri imaginare ale dorin-țelor inconștiente, ca și visele, cu care au de altfel în comun însușirea de a fi un compromis, căci și ele trebuie să evite

conflictul deschis cu energiile refulării. Dar invers decât producțiile asociale, narcisice, ale visului, ele pot conta pe simpatia altor oameni, sunt capabile să trezească şi să satisfacă, la aceştia, aceleaşi aspirații inconştiente ale dorinței. În plus, ele se servesc, ca de o „primă de seducție", de plăcerea provocată de percepția frumuseții formei. Ce stătea în puterea psihanalizei să facă plecând de la raporturile reciproce dintre impresiile vitale, suferințele fortuite şi operele artistului – era să reconstruiască modul de formare a operei şi aspirațiilor pulsionale ce lucrează în interiorul ei, adică eternul uman pe care îl exprimă. Cu o asemenea intenție l-am ales pe Leonardo da Vinci ca obiect de studiu; studiul se bazează pe o unică amintire din copilărie pe care artistul ne-a împărtăşit-o şi care încearcă în principal să lămurească un tablou al său (Sfânta Ana). Prietenii şi discipolii mei au întreprins de atunci numeroase analize ale artiştilor şi operelor lor. Interpretarea analitică astfel obținută nu scade din plăcerea pe care ți-o produce opera de artă analizată. Dar trebuie să precizăm pentru cei care aşteaptă prea mult de la analiză, că ea nu face lumină în două probleme care interesează foarte mult. Într-adevăr, analiza nu ne ajută să lămurim în ce constă talentul artistic; şi, pe de altă parte, ea nu se ocupă de mijloacele artistice, de tehnica artistică.

Am reuşit să dovedesc, în legătură cu o mică nuvelă, în sine fără mare valoare, „Gradiva", de W. Jensen, că visele inventate de scriitor sunt susceptibile de aceleaşi interpretări ca şi cele reale, deci, că, în activitatea creatoare a poetului, intră în acțiune aceleaşi mecanisme ale inconştientului cunoscute privitor la elaborarea viselor. Cartea mea despre „Cuvântul de duh şi raporturile lui cu inconştientul" este o ramificație imediată a celei despre

„Interpretarea viselor". Singurul prieten care se interesa pe atunci de lucrările mele m-a făcut să observ că interpretările viselor realizate de mine făceau adesea impresia că sunt nişte „jocuri ale spiritului". Ca să lămuresc de unde vine acestă impresie, m-am ocupat de investigarea cuvintelor de spirit şi am descoperit că esenţa umorului rezidă în mijloacele tehnice şi că ele sunt identice cu modul de lucru constatat la „elaborarea visului", respectiv condensarea, deplasarea, reprezentarea prin contrariu sau printr-un detaliu etc. Pe lângă aceasta, am întreprins o investigaţie „economică": ce mecanism presupune acel intens beneficiu al plăcerii pe care îl resimte cel ce ascultă o vorbă de duh? Răspunsul a fost următorul: suspendarea momentană a efortului de refulare, ca urmare a seducţiei unei prime de plăcere oferite (*plăcere anticipată*).

Am dat o apreciere mai înaltă contribuţiilor mele la psihologia religiei, inaugurate în 1907 prin constatarea surprinzătoarei asemănări dintre actele obsesionale şi practicile religioase (ritualuri). Fără a cunoaşte încă profundele raporturi dintre ele, am calificat nevroza obsesională drept religie privată denaturată, iar religia drept o nevroză obsesională universală. Mai târziu, în 1912, remarcile convingătoare ale lui Jung relativ la analogiile extinse existente între produsele mentale ale nevroticilor şi cele ale primitivilor m-au făcut să-mi îndrept atenţia asupra acestei teme. În cele patru studii, reunite în volum sub titlul Totem şi tabu, am expus în detaliu cum, la primitivi, oroarea de incest e chiar mai pronunţată decât la popoarele civilizate şi a condus la cristalizarea unor măsuri de apărare foarte speciale; am cercetat ce raporturi aveau tabuurile de apărare (formă sub care apăreau primele reacţii normale) cu ambivalenţa sentimentelor; am

descoperit în concepția animistă despre lume, specifică primitivilor, principiul supraestimării realității psihice, al „atotputerniciei gândului", pe care este edificată şi magia. Am urmărit peste tot paralela cu nevroza obsesională şi am arătat câte din fundamentele presupuse ale vieții mentale primitive apar încă, cu multă forță, în această maladie ciudată. Totemismul mă atrăgea totuşi mai mult decât orice, fiind primul sistem de organizare al triburilor primitive, în care începuturile ordinii sociale fuzionează cu o religie rudimentară şi cu necruțătoarea dominație a câtorva tabu-uri de apărare. Ființa „venerată" aici este la origine întotdeauna un animal, din care tribul pretinde că se trage. Se poate conchide, pornind de la anumite indicii, că toate popoarele, chiar şi cele aflate foarte sus pe scara civilizației, au trecut cândva prin acest stadiu al totemismului.

Sursa mea principală pentru lucrările din acest domeniu au fost cunoscutele opere ale lui J.G. Frazer („Totemism şi exogamie", „Creanga de aur"), o comoară de fapte şi puncte de vedere prețioase. Dar Frazer nu aducea mare lucru pentru elucidarea problemei totemismului. În legătură cu acesta, el îşi schimbase de mai multe ori radical punctul de vedere, iar ceilalți etnologi şi specialişti în preistorie păreau indecişi şi aveau păreri împărțite. Punctul meu de plecare se afla în concordanța frapantă dintre cele două prescripții de tip tabu ale totemismului: să nu ucizi totemul şi să nu ai relații sexuale cu o femeie din acelaşi clan totemic; regăseam aici cele două părți componente din complexul lui Oedip: să nu te debarasezi de tată şi să nu-ți iei mama drept nevastă. De aici tentația de a identifica animalul-totem cu tatăl, cum de altfel primitivii o făceau într-o formă directă, venerându-l ca pe strămoşul clanului. În acel moment mi-au venit în ajutor

două fapte, din experiența recentă a psihanalizei: o inspirată observație a lui Ferenczi asupra unui copil, permițând să vorbim despre *revenirea infantilă la totemism,* și analiza fobiilor precoce față de animale la copii, care indică frecvent că animalul care este obiectul fobiei e un substitut al tatălui, asupra căruia a fost deplasată teama de tată, fondată pe complexul lui Oedip. Mai lipsea foarte puțin spre a defini *uciderea tatălui* drept nucleu central al totemismului și drept punct de plecare în edificarea religiilor.

Am găsit ceea ce îmi lipsea în „Religia semiților", de W. Robertson Smith. Acest om genial, fizician și interpret al Bibliei, a stabilit că „prânzul totemic" constituia o parte esențială din religia totemică. O dată pe an, animalul-totem, considerat în restul timpului sacru, era sacrificat în cadrul unei ceremonii solemne, devorat, apoi jelit, cu participarea tuturor membrilor tribului. Perioada de doliu se încheia printr-o mare sărbătoare. Am făcut apoi o apropiere de ipoteza lui Darwin, după care, la început, oamenii ar fi trăit în hoarde, fiecare hoardă fiind sub dominația unui mascul anume, puternic, violent și gelos. Din aceste elemente disparate s-a constituit în mintea mea ipoteza, sau, mai bine zis, viziunea unei succesiuni de fapte de genul următor: Tatăl hoardei primitive acaparase, ca despot absolut, toate femelele și îi ucidea sau alunga pe fii, rivali periculoși. La un moment dat, totuși, aceștia fii s-au asociat, l-au ucis și l-au devorat cu toții, pe el, care fusese adversarul lor, dar totodată și idealul lor. După acest act, s-au împiedicat unul pe altul să obțină succesiunea. Marcați de insucces și de remușcări, ei s-au obișnuit să se suporte reciproc, s-au unit într-un clan de frați, bazat pe prescripțiile totemismului, destinate să

împiedice reeditarea unui act asemănător, şi au renunțat în bloc la posesia femeilor pentru care l-au ucis pe tată. Erau acum constrânşi să recurgă la femei străine: de aici originea exogamiei, atât de strâns legată de totemism. Prânzul totemic era sărbătoarea ce comemora actul monstruos din care provine sentimentul de culpabilitate al omenirii (păcatul originar) şi prin care se instituiseră, simultan, organizarea socială, religia şi restricțiile morale.

Indiferent de posibilitatea ca o asemenea succesiune a faptelor să fie acceptată ca o realitate istorică sau nu, întemeierea religiei era oricum pusă astfel pe terenul complexului paternal şi construirea ei se baza pe ambivalența care comandă acest complex. După ce fusese abandonat, ca substitut al tatălui, animalul-totem, însuşi tatăl primitiv, temut şi urât, venerat şi pizmuit, a devenit prototipul lui Dumnezeu. Sfidarea tatălui şi nostalgia după tată s-au înfruntat mereu în alte forme de compromis, prin care, pe de o parte, uciderea tatălui trebuia ispăşită, iar pe de altă parte, beneficiile ei trebuiau confirmate. Această concepție despre religie aruncă o lumină deosebit de vie asupra fundamentelor psihologice ale creştinismului, în care ceremonia prânzului totemic supraviețuieşte, foarte puțin schimbată, sub forma împărtăşaniei. Vreau să vă precizez că acest paralelism nu-mi aparține, îl putem găsi la Robertson Smith şi la Frazer.

Theodor Reik şi etnologul G.Roheim au urmat calea deschisă de „Totem şi tabu", au aprofundat, extins sau corijat studiile mele, în numeroase lucrări remarcabile. Eu însumi am mai revenit în câteva rânduri la aceste preocupări, cu prilejul cercetărilor despre „sentimentul de culpabilitate inconştient", care joacă un rol atât de important printre factorii nevrozei, şi cu ocazia eseurilor având

drept scop o relație mai strânsă între psihologia socială și psihologia individuală („Eul și Sinele", „Psihologia maselor și analiza Eului"). Am evocat, de asemenea, pentru a explica mecanismul hipnozei, fondul arhaic, moștenit din epoca hoardei primitive.

Mai inconsistentă e contribuția mea la alte aplicații ale psihanalizei, demne totuși de interesul general. De la fantasmele nevropatului izolat pornește un drum larg ce duce la creațiile imaginare ale mulțimilor și ale popoarelor, așa cum apar ele în mituri, legende și povești populare. Mitologia a fost domeniul preferat de Otto Rank: interpretarea miturilor, relația lor cu complexele inconștiente cunoscute ale copilăriei, înlocuirea explicațiilor astrologice prin motivații umane au încununat de succes multe din eforturile sale analitice. Tema *simbolisticii* a făcut obiectul a numeroase lucrări ale apropiaților mei. Simbolistica a adus psihanalizei mulți adversari; din exces de sobrietate și bun simț, mulți cercetători n-au putut să-i ierte identificarea simbolismului, așa cum rezultă ea din interpretarea viselor. Dar nu analiza e răspunzătoare pentru descoperirea simbolisticii, aceasta e cunoscută din timpuri imemoriale în alte domenii (folclor, legendă, mit) și joacă acolo un rol mai însemnat chiar decât în „limbajul visului".

N-am contribuit personal cu nimic la aplicarea analizei în pedagogie, dar era firesc ca descoperirile analitice privitoare la viața sexuală și la dezvoltarea psihică a copiilor să atragă atenția educatorilor și să-i determine să-și modifice viziunea asupra profesiunii lor. Pastorul protestant Oskar Pfister din Zürich a devenit campionul neobosit al acestei tendințe; el consideră de altfel demersul analitic compatibil cu trăirea religioasă, desigur sublimată. Doamna Hug. Hellmuth și domnul S. Bernfeld, medici

vienezi, la fel şi mulți alții, s-au consacrat de asemenea acestei ramuri a analizei. Folosirea analizei în activitatea preventivă consacrată copilului sănătos, precum şi în cea corectivă consacrată copilului neatins încă de nevroză, dar deviat deja de la o dezvoltare normală, a dus la o consecință practică importantă. Nu se mai pune problema ca medicii să dețină monopolul exercitării psihanalizei iar nonmedicilor să le fie interzisă. Practic, un medic care n-a urmat o instruire specială în acest domeniu este, în ciuda diplomei sale, un profan în materie de analiză, în timp ce un non-medic poate, datorită unei pregătiri adecvate şi unei colaborări, când e cazul, cu un medic, să realizeze foarte bine tratamentul analitic al nevrozelor.

Astfel, datorită uneia dintre acele evoluții pe care nu avem cum le împiedica, însuşi termenul de psihanaliză a căpătat mai multe sensuri. La origine, el desemna o metodă terapeutică determinată; astăzi a devenit numele unei ştiințe: aceea a inconştientului psihic. Această ştiință poate arareori să rezolve singură, pe deplin, o problemă, dar ea pare a fi menită să furnizeze contribuții importante unor foarte variate domenii ale ştiinței. Psihanaliza se aplică asupra aceluiaşi domeniu ca şi psihologia, al cărei complement de mare putere de pătrundere este.

Aruncând o privire retrospectivă asupra muncii ce mi-a fost dat s-o împlinesc în această viață, pot spune deci că am deschis multe căi şi am dat numeroase impulsuri, care vor putea duce la un rezultat în viitor. Nu pot şti dacă acest rezultat va fi însemnat sau nu.

NOTE

[1] Ulterior, Rank s-a separat de Freud.

[2] Intrepătrundere paşnică (în fr., în original).

[3] Înţelegerea psihanalizei i-a fost uşurată anglo-saxonului de spiritul său realist şi de îndrăzneala cu care acceptă faptele – calităţi care l-au ajutat de altminteri să stăpânească lumea. Francezul, dimpotrivă, posedă anumite calităţi care îi fac această abordare mai dificilă. E vorba, în primul rând, de gustul pentru claritate logică, urmaş al idealului clasic din al XVIII-lea secol, şi instaurat la noi de marele „acces de refulare", care a sugrumat magnifica şi cuprinzătoarea noastră Renaştere. În al doilea rând, de cultul pentru „bun gust" al francezului, datând din aceeaşi perioadă. Procesele arhaice, specifice inconştientului, pe care le aduce la lumină psihanaliza, izbind frontal, din punctul de vedere al „bunului simţ", raţiunea logică, iar din punctul de vedere al „bunului gust", delicateţea, revoltă cu uşurinţă spiritul francez, care uită în asemenea situaţii că fenomenele naturii nu sunt întotdeauna „de bun gust", ceea ce „nu le împiedică de a exista", cum spunea Charcot; şi că, tocmai în numele „bunului simţ", omenirea a crezut timp îndelungat că soarele se învârte în jurul pământului, iar o mulţime de oameni cultivaţi, în vremea lui Pasteur, şi chiar după aceea, au refuzat să creadă în existenţa microbilor, fiindcă nu-i puteau vedea. Complexele, neplăcute dar reale, ascunse în catacombele psihismului nostru, fiind şi mai greu de observat decât microbii, pe care, totuşi, îi putem expune pe o lamă de microscop, de ce să ne mirăm că „simplul bun simţ" nu e suficient ca să le putem vedea fără eforturi?

Modul specific franţuzesc de a privi sexualitatea este un alt obstacol pentru înţelegerea inconştientului. La noi, sexualul se confundă îndeobşte cu obscenul; privitor la asemenea subiecte se cuvine să vorbeşti cu o detaşare glumeaţă, cu subînţelesuri care sunt îndestulătoare pentru ca oamenii de spirit să se facă înţeleşi între ei; această atitudine faţă de sexualitate a inspirat deci teatrul nostru bulevardier, care îi distrează din plin pe străini, dar care nu ne asigură întotdeauna un renume foarte favorabil pe acele meleaguri. Această devalorizare a sexualului e de altminteri unul dintre mijloacele de care se slujeşte „refularea socială" pentru a nega gravitatea reală şi de multe ori teribilă a problemei sexuale, în sensul cel mai larg al cuvântului, în viaţa oricărui muritor. (Nota Mariei Bonaparte).

PSIHANALIZA PENTRU TOȚI
(PSIHANALIZĂ ŞI MEDICINĂ)

Nu se mai pune problema ca medicii să deţină monopolul exercitării psihanalizei, iar non-mediciilor să le fie interzisă. Practic, un medic care n-a urmat o instruire specială în acest domeniu este, în ciuda diplomei sale, un profan în materie de analiză, în timp ce un non-medic poate, datorită unei pregătiri adecvate şi unei colaborări, când e cazul, cu un medic, să realizeze foarte bine tratamentul analitic al nevrozelor.

FREUD, *Viaţa mea şi psihanaliza*

INTRODUCERE

La prima vedere, acest titlu[1] e de neînțeles. Am să-l explic deci: E vorba aici despre non-medici, iar întrebarea care se pune e următoarea: trebuie să li se permită non-medicilor să efectueze analiza? Întrebarea are aspecte diverse, în funcție de timp şi loc.

De ce *de timp?* Până în prezent, nimeni nu-şi făcea probleme în legătură cu persoana celui care practică pihanaliza. Ba mai mult, toată lumea era de acord asupra unui singur punct: că nimeni n-ar trebui s-o practice, şi se invocau motive diferite, în spatele cărora se afla mereu aceeaşi antipatie. Pretenția ca numai medicii să aibă dreptul de a face analiza s-ar părea că denotă o atitudine nouă, mai amicală, față de analiză – asta dacă reuşim să ne sustragem impresiei că nu e vorba decât de o variantă, mai mult sau mai puțin recognoscibilă, a atitudinii inițiale. Se admite acum că un tratament analitic trebuie efectuat în anumite circumstanțe, dar că numai medicii ar trebui să-l întreprindă. Motivația acestei limitări rămâne de aflat.

De ce *de loc?* Întrebarea de mai sus n-a avut în toate țările acelaşi ecou. În Germania sau în America, discuția poate avea cel mult un aspect pur teoretic. În aceste țări, orice bolnav se poate lăsa tratat cum şi de de către cine vrea el, şi oricine se poate declara „vindecător", şi îngriji pe oricine, cu condiția să-şi asume responsabilitatea

actelor sale. Legea nu intervine decât după ce se reclamă un prejudiciu adus bolnavului. În Austria însă, țara în care și pentru care scriu, legea este preventivă, ea interzice unui non-medic să se ocupe de tratarea bolnavilor, fără a se aștepta rezultatul tratamentului. La fel și în Franța. Aici, deci, are un sens practic întrebarea: li se permite non-medicilor să trateze bolnavii prin psihanaliză? Dar această întrebare, abia pusă, pare să fie rezolvată pe loc de litera legii. „Nevroticii" sunt bolnavi, non-medicii nu sunt medici, psihanaliza e o practică al cărei scop e vindecarea sau ameliorarea bolilor nervoase, orice tratament de acest gen e rezervat medicilor, deci: nu este permis non-medicilor să aplice asupra „nevroticilor" analiza, iar dacă asta se întâmplă totuși, faptul trebuie pedepsit cu asprime. Cum lucrurile se arată atât de simple, abia dacă mai îndrăznește cineva să se ocupe de problema analizei practicate de non-medici. Există însă aici câteva dificultăți cu care legea nu-și bate capul și care ar merita totuși să fie luate în considerație. Poate se va dovedi că, în acest caz, bolnavii nu sunt niște bolnavi obișnuiți, non-medicii instruiți nu sunt niște „profani", iar medicii nu sunt chiar ceea ce se așteaptă de la ei, (așteptări pe care ei își bazează pretențiile lor). Dacă vom proba toate acestea, atunci legea – pe bună dreptate – nu va trebui să se aplice, fără a fi modificată, la cazul de care ne ocupăm.

I

Problema va fi lămurită, desigur, de persoane care nu sunt obligate să cunoască particularitățile unei cure analitice. Este deci de datoria noastră să instruim aceste persoane imparțiale, care presupunem că mai sunt încă în necunoștință de cauză. Regretăm că nu le putem face să asiste la o cură analitică. „Situația analitică" nu admite prezența unei a treia persoane. În plus, ședințele sunt de valori foarte diferite, și un asemenea auditor – prin forța împrejurărilor incompetent – fiind admis la o ședință oarecare, riscă să rămână cu o impresie needificatoare, s-ar putea să nu priceapă nimic din ce se petrece între analist și pacient sau pur și simplu să se plictisească. Va trebui deci, vrea-nu vrea, să se mulțumească cu afirmațiile noastre, care ne vom strădui să fie în cel mai înalt grad demne de încredere.

Bolnavul poate suferi de schimbări de dispoziție pe care nu le poate înfrâna, sau de stări de descurajare care îi anihilează energia și îi răpesec încrederea în sine sau de o angoasă apăsătoare în momentul când se află printre străini. Poate avea sentimentul, fără să știe de ce, că îndeplinirea obligațiilor profesionale devine împovărătoare, la fel și luarea oricărei inițiative. Într-o zi – fără

să înţeleagă de ce – a suferit o neplăcută criză de angoasă şi, de atunci, nu mai poate, fără a face o sforţare ieşită din comun, să traverseze strada sau să meargă cu trenul – ori a trebuit să renunţe la asemenea acţiuni. Sau i se întâmplă un lucru ciudat: gândurile lui îşi urmează propriul lor curs, fără a se mai lăsa călăuzite de voinţa lui, ele se preocupă de probleme care-i sunt indiferente, şi totuşi nu şi le mai poate scoate din cap! Face fără voia lui operaţii mecanice, numărând, de exemplu, ferestrele de pe faţadele caselor, iar când trebuie să execute cele mai simple gesturi – să arunce o scrisoare în cutia poştală, să stingă lumina după o clipă se îndoieşte că le-a făcut. Toate aceste situaţii sunt neplăcute şi sâcâitoare. Dar totul devine pur şi simplu insuportabil dacă bietul om nu mai reuşeşte să se elibereze de gândul că a împins un copil sub roţile unei maşini sau că a aruncat pe cineva de pe înălţimea unui pod, sau când se întreabă dacă nu-i el autorul unei crime despre care scriu ziarele şi pe care îl vânează poliţia. Totul e lipsit de sens, omul o ştie foarte bine, n-a făcut rău nimănui, dar sentimentul de culpabilitate e la fel de puternic ca al unui ucigaş autentic!

Sau pacientul nostru – să spunem, de data asta, pacienta noastră – suferă în alt fel sau într-un domeniu diferit. Este pianistă, dar degetele n-o mai ascultă, din cauza cârceilor. Dacă trebuie să iasă în lume, resimte brusc o nevoie firească a cărei satisfacere e incompatibilă cu viaţa în societate. A renunţat deci să mai frecventeze reuniuni, baluri, concerte, teatre. În momentele cele mai nepotrivite, suferă de dureri de cap sau de alte senzaţii dureroase. Uneori, vomită orice mănâncă, ceea ce, pe termen lung, poate deveni periculos. În sfârşit, nu mai suportă nici o emoţie, şi în viaţa emoţiile sunt de neevitat.

Are tot timpul crize emotive, leşinuri, adesea însoţite de crampe musculare, ceea ce aminteşte de stări patologice foarte îngrijorătoare.

Alţi bolnavi sunt afectaţi într-un domeniu în care viaţa sentimentală e în strânsă legătură cu trupul. Dacă e vorba de bărbaţi, ei sunt incapabili să dea o expresie corporală celor mai intense afecte inspirate de sexul opus, în schimb tăiesc reacţii senzuale normale în prezenţa unor femei pe care nu le plac. Sau senzualitatea lor îi leagă de femei pe care le desconsideră şi de care ar vrea să se elibereze. Sau propria lor senzualitate le impune să îndeplinească unele condiţii care le repugnă lor înşile. Dacă e vorba de femei, angoasa, dezgustul sau alte obstacole le împiedică să aibă o viaţă sexuală, sau – când, totuşi, se lasă învinse de dragoste – sunt incapabile să trăiască juisanţa pe care natura o oferă ca recompensă celor ce se supun legilor ei.

Toate aceste persoane se declară bolnave şi se adresează doctorilor, în speranţa că vor fi eliberate de aceste tulburări nervoase. Medicii au stabilit categoriile în care încadrează aceste boli. Ei le diagnostichează şi le numesc conform cu punctul lor de vedere: neurastenie, psihastenie, fobii, obsesii, isterie. Ei supun unui examen organele care sunt sediile simptomelor: inimă, stomac, intestin, organe genitale, şi constată că sunt sănătoase. Îl sfătuiesc pe bolnav să-şi întrerupă preocupările obişnuite, să acorde cât mai mult timp distracţiilor, să urmeze tratamente fortifiante, să ia medicamente tonice – şi obţin astfel unele ameliorări trecătoare, sau nici măcar atâta. După care, bolnavii află că există oameni specializaţi în tratarea unor asemenea boli şi încep, la unul dintre aceştia, o analiză.

Auditorul nostru imparţial, pe care mi-l imaginez

că e de față, a dat semne de nerăbdare în timp ce am enumerat simptomele nevrozelor. Acum însă este tot numai ochi și urechi:

– În fine, spune el, o să aflăm acum cum procedează analistul cu bolnavul căruia medicul nu i-a fost de ajutor!

– De fapt, între ei nu se petrece decât un singur lucru: stau de vorbă. Analistul nu folosește instrumente – nici măcar pentru consultarea bolnavului – și nu prescrie medicamente. De fiecare dată când e posibil, îl lasă chiar pe bolnav, în timpul tratamentului, în atmosfera și în mediul lui de viață obișnuit. Dar, bineînțeles, asta nu e o condiție obligatorie a tratamentului și nici nu se poate realiza întotdeauna. Analistul îl convoacă pe bolnav la o anumită oră, îl lasă să vorbească, îl ascultă, apoi îi vorbește el iar bolnavul îl ascultă.

Auditorul nostru imparțial simte în acest timp o ușurare și o relaxare evidente, dar și o mare neîncredere. El pare că ar vrea să spună: „Asta e tot? Vorbe, vorbe și iar vorbe!" cum zice Hamlet. Îi vine în minte și tirada ironică a lui Mefisto: cuvintele care suportă orice. De aceea, te întreabă:

E un gen de magie? Vorbești și faci să dispară boala?

– Dacă ar fi magie, efectul s-ar face simțit foarte repede! Magia presupune – ca atribut esențial un efect rapid, am spune chiar instantaneu. Dar o cură analitică durează luni de zile, sau chiar ani; iar o magie cu efect așa de lent își pierde caracterul miraculos. Dar să nu desconsiderăm Cuvântul! El este un transmițător de putere, mijlocul prin care comunicăm altora sentimentele noastre, instrumentul prin mijlocirea căruia câștigăm influență asupra altor oameni. Cuvintele pot face un bine fără

margini sau pot pricinui răni teribile. Desigur, la început a fost actul, cuvântul a venit abia după aceea, civilizaţia a progresat din multe puncte de vedere atunci când actul s-a putut tempera într-atât încât să devină cuvânt. Dar cuvântul a fost totuşi la origine o vrajă, un act magic şi el a păstrat încă mult din puterea sa arhaică.

Auditorul imparţial continuă:

– *Să presupunem că bolnavul e la fel de nepregătit ca mine pentru înţelegerea curei analitice. În ce fel îl veţi face să creadă în magia cuvântului şi a vorbirii, care trebuie să-l elibereze de boală?*

– Bineînţeles, bolnavul trebuie pregătit pentru cură, şi avem pentru asta un mijloc foarte simplu. I se cere să fie sincer cu analistul său, să nu-i ascundă cu bună ştiinţă nimic din ce-i trece prin minte, precum şi să depăşească toate reticenţele care încearcă să împiedice comunicarea unui gând sau a unei amintiri anume. Fiecare e obişnuit să tăinuiască lucruri pe care nu e dispus să le împărtăşească altora, ba chiar a căror comunicare i se pare imposibilă. Sunt lucrurile „intime." El presimte de asemenea – ceea ce este un mare progres către cunoaşterea de sine – că există şi lucruri pe care evită să şi le mărturisească chiar lui însuşi, pe care le ascunde în mod deliberat, care sunt înăbuşite în faşă, iar dacă îşi taie totuşi cale în minte sunt alungate. Poate că observatorul nostru sesizează şi că se ridică o foarte ciudată problemă psihologică drept urmare a faptului că unul din gândurile sale trebuie ţinut secret faţă de propriul său eu. S-ar crede că eul său nu are acea unitate care îi este atribuită mereu: că există în el ceva anume care se poate opune eului său. El poate presimţi astfel în mod neclar că există un fel de opoziţie între eu şi o viaţă psihică în sens mai larg. Dacă a acceptat regula

fundamentală a analizei, de a spune tot, atunci bolnavul va deveni cu uşurinţă favorabil ideii că nişte discuţii şi un schimb de gânduri în condiţii aşa de puţin obişnuite pot conduce de asemenea la reacţii cu totul speciale.

– *Înţeleg, continuă auditorul nostru imparţial, consideraţi că fiecare „nevrotic" are ceva care-l frământă, un secret. Punându-i condiţia să-l mărtu-risească, îl eliberaţi de această povară şi îi faceţi bine. Acesta e principiul confesiunii, de care biserica catolică s-a servit dintotdeauna pentru a-şi asigura stăpânirea asupra sufletelor.*

– Da şi nu. Confesiunea e un element important al analizei, e un fel de introducere. Dar e departe de a se confunda cu esenţa analizei sau de a putea explica acţiunea ei. În confesiune, păcătosul spune ceea ce ştie: în analiză, nevropatul trebuie să spună mai mult. Din acest motiv, n-am auzit niciodată că prin confesiune s-au putut trata simptome patologice veritabile.

– *Atunci nu mai înţeleg nimic*, îmi răspunde ucenicul. *Ce înseamnă că bolnavul trebuie să spună mai mult decât ştie? Îmi închipui, totuşi, că, prin analiză, câştigaţi asupra bolnavului o influenţă mai mare decât confesorul asupra penitentului său. Vă ocupaţi de el mai mult timp şi într-o manieră mai insistentă, mai personală, şi vă puteţi folosi de această influenţă superioară pentru a-l deturna de la ideile sale maladive, pentru a-i anihila temerile etc. Ar fi absolut extraordinar dacă, prin această metodă, aţi putea învinge simptome pur corporale, ca vărsăturile, diareile, contracturile musculare, dar eu ştiu că o asemenea influenţă asupra corpului uman e posibilă numai prin mijlocirea hipnozei. Probabil că obţineţi, prin eforturile dumneavoastră, o anumită relaţie hipnotică*

între dumneavoastră şi pacient, care se simte legat de dumneavoastră prin forţa sugestiei, chiar fără să o voiţi; astfel, miracolele terapeuticii analitice nu sunt decât efectele sugestiei hipnotice. Dar, după câte ştiu, cura hipnotică e mult mai rapidă decât analiza, care, aşa cum aţi spus, durează luni şi ani de zile.

Auditorul nostru nu este nici atât de ignorant, nici atât de dezorientat pe cât l-am crezut la început! Evident, el încearcă să descifreze psihanaliza cu ajutorul cunoştinţelor sale anterioare, să le pună în relaţie cu ceea ce ştia deja. Mai rămâne acum să-l facem să priceapă – dificilă misiune! că nu va putea înţelege psihanaliza prin aceste mijloace, că psihanaliza e o metodă *sui generis,* ceva nou, aparte, ce nu poate fi priceput decât cu ajutorul unor puncte de vedere moderne – sau, dacă vreţi, cu ajutorul unor noi ipoteze. Dar va trebui să răspundem la ultima sa remarcă. Aşadar: Este foarte interesant ce aţi afirmat despre influenţa personală a analistului. O asemenea influenţă există şi joacă în analiză un rol foarte important. Dar nu acelaşi ca în hipnotism. Vă putem demonstra că situaţiile sunt complet diferite aici şi acolo. Ar fi suficient să menţionăm un singur lucru: noi nu utilizăm această influenţă personală – factorul sugestie – în scopul de a înăbuşi simptomele patologice, aşa cum se întâmplă în sugestia hipnotică. În plus, ar fi o greşeală să se creadă că exclusiv acest factor este suportul şi elementul-cheie al tratamentului. El este la început, dar apoi vine în contradicţie cu intenţiile noastre analitice şi ne obligă să recurgem la contramăsuri foarte severe. Aş vrea de asemenea să vă demonstrez, printr-un exemplu, cât de mult se îndepărtează tehnica analitică de tehnicile care urmăresc să deturneze şi să distragă pacientul de la obsesiile lui. Dacă

pacientul e stăpânit de un sentiment de culpabilitate ca şi cum ar fi comis o crimă, noi nu-l sfătuim să-şi îndepărteze scrupulele de conştiinţă asigurându-l de nevinovăţia lui neîndoielnică: a încercat asta singur, dar fără succes. Ci îl avertizăm că un sentiment atât de puternic şi de persistent trebuie să fie fondat pe ceva real, şi că această realitate va putea fi eventual descoperită.

– *Tare m-ar mira,* replică auditorul, *dacă veţi reuşi să potoliţi sentimentul de culpabilitate al bolna-vului împărtăşindu-i părerile. Care sunt deci intenţiile dumneavoastră analitice şi cum procedaţi cu pacientul*?

II

Dacă vreau să mă fac înţeles, sunt obligat acum să vă fac cunoscute câteva fragmente dintr-o doctrină psihologică puţin cunoscută sau puţin apreciată în afara cercurilor analitice. Din această teorie se va deduce cu uşurinţă ce aşteptăm de la bolnav şi pe ce căi ne atingem scopul. O s-o expun în stil dogmatic, ca şi cum ar fi deja un sistem desăvârşit. Dar să nu credeţi că s-a născut aşa, complet echipată, cum se întâmplă cu sistemele filozofice. Am construit-o treptat, cucerind prin eforturi anevoioase fiecare parcelă; am modificat-o mereu în urma observaţiilor făcute, până când a căpătat forma care ni s-a părut că se potriveşte scopurilor noastre. Cu numai câţiva ani în urmă, aş fi formulat această doctrină în alţi termeni. Bineînţeles, n-aş putea afirma că expresia formală a doctrinei la ora actuală este cea definitivă. După cum ştiţi, ştiinţa nu e o revelaţie, ei îi lipsesc, mult timp după debut, certitudinea, imuabilitatea, infailibilitatea, de care gândirea umană e

atăt de avidă. Dar, aşa cum e, e totuşi tot ce putem avea. Nu uitaţi că ştiinţa noastră e foarte tânără – abia dacă are vârsta secolului nostru – şi că ea lucrează cu materia cea mai dificilă poate pe care o are la dispoziţie investigaţia umană; astfel veţi obţine acea stare de spirit necesară pentru înţelegerea a ceea ce urmează să vă expun. Să mă întrerupeţi totuşi de fiecare dată când nu mă puteţi urmări sau când veţi simţi nevoia de lămuriri suplimentare.

– Vă întrerup chiar înainte de a începe. Spuneţi că vreţi să-mi expuneţi o nouă psihologie, dar mi se pare că psihologia nu e o ştiinţă nouă. Ne-am sastisit de psihologie şi de psihologi, şi am auzit, în şcoală, că în acest domeniu s-au realizat deja lucruri extraordinare.

– Şi nu am de gând să pun în discuţie valoarea lor. Dar, dacă veţi privi mai îndeaproape, veţi fi constrâns să atribuiţi aceste realizări în special fiziologiei senzaţiilor. Căci ştiinţa privitoare la viaţa psihică nu se putea dezvolta împiedicată fiind de o singură, dar esenţială necunoaştere. Ce putere de cuprindere are ea astăzi, aşa cum se învaţă în şcoală? În afara acestor foarte interesante puncte de vedere fiziologice asupra senzaţiilor, nimic decât o listă de clasificări şi de definiţii care, datorită limbajului uzual, au intrat în patrimoniul comun al tuturor intelectualilor. Evident, asta nu e suficient pentru a înţelege viaţa noastră psihică. N-aţi remarcat că fiecare filozof, scriitor, istoric sau biograf îşi întocmeşte o filozofie a lui, ne propune ipoteze proprii despre relaţiile şi finalitatea actelor psihice, ipoteze mai mult sau mai puţin seducătoare, dar toate la fel de îndoielnice? Lipseşte aici, evident, o bază comună. Aşa se explică şi de ce în psihologie nu se respectă şi nu e recunoscută nici o autoritate. Fiecare poate „bracona" pe acest teren după pofta inimii. Ia puneţi în discuţie o

problemă de fizică sau de chimie, şi veţi vedea că toţi cei care nu sunt în posesia cunoştinţelor de specialitate vor tăcea. Pentru că fiecare are viaţa *sa* psihică, fiecare se consideră psiholog. Dar nu mi se pare o calificare suficientă. Se povesteşte că o persoană care s-a prezentat într-o zi drept „bonă" a fost întrebată dacă se pricepe să educe copii. „Bineînţeles, a răspuns ea, am fost şi eu copil la vremea mea."

– *Şi dumneavoastră pretindeţi că, observând bolnavii, aţi descoperit această „bază comună" a vieţii sufleteşti, care le-a scăpat tuturor psihologilor?*

– Faptul că au fost obţinute pe această cale nu cred că scade din valoarea constatărilor noastre. Embriologia, de exemplu, n-ar merita nici o consideraţie dacă n-ar putea lămuri cu uşurinţă etiologia malformaţiilor de la naştere. Iată, v-am vorbit despre bolnavi ale căror gânduri aleargă necontenit, în aşa fel încât ei se văd nevoiţi să se gândească intens, la nesfârşit, la probleme care le sunt total indiferente. Vă închipuiţi că psihologia de şcoală şi-a adus cea mai neînsemnată contribuţie la lămurirea unei asemenea anomalii? În fine, ni se întâmplă tuturor ca, în timpul nopţii, gândirea noastră să-şi urmeze propriile ei cărări, dând naştere unor reprezentări pe care, după aceea, nu le pricepem, care ni se par stranii şi care au o mare asemănare cu anumite producţii patologice. Mă refer la visele noastre. Poporul a avut întotdeauna credinţa că visele au un sens, o valoare, semnifică ceva. Or, psihologia de şcoală n-a fost capabilă să descopere acest sens al viselor. Nici n-a ştiut în ce context să-l studieze. Cele câteva explicaţii pe care s-a încumetat să le dea au fost non-psihologice: n-au făcut decât să reducă visul la nişte excitaţii senzoriale sau la un somn mai mult sau mai puţin profund al

diverselor zone ale creierului etc. Dar suntem în drept să spunem că o psihologie care nu știe să explice visul nu poate fi folosită pentru înțelegerea vieții psihice normale și nu poate pretinde să fie numită știință.

– Ați devenit polemic; cred că ați atins un subiect sensibil. Într-adevăr, am auzit că analiza acordă o mare importanță viselor, că le interpretează, că descoperă în ele amintirea unor evenimente reale etc. Dar și că interpretarea viselor e lăsată la bunul plac al analistului și că analiștii înșiși nu mai termină să se contrazică în legătură cu maniera de a interpreta visele și cu dreptul de a trage concluzii din această interpretare. Dacă este așa, ați face bine să nu subliniați așa de apăsat superioritatea analizei asupra psihologiei clasice.

– Ați făcut niște afirmații foarte adevărate. E adevărat că interpretarea viselor a căpătat, în teoria ca și în practica analizei, o importanță incomparabilă. Și dacă par agresiv, e numai pentru a mă apăra. Dar, dacă mă gândesc la toată zarva pe care unii analiști au făcut-o în legătură cu interpretarea viselor, aș putea fi cuprins de disperare, exclamând și eu pesimist, împreună cu marele satiric Nestroy: „Progresul e întotdeauna de două ori mai mic decât părea la început!" Însă ați văzut vreodată ca oamenii să nu încâlcească și să nu desfigureze tot ce le cade în mâini? Un strop de prudență și de stăpânire de sine ar fi îndeajuns pentru a evita cele mai multe pericole ce pândesc interpretarea viselor. Dar vă închipuiți că voi reuși vreodată să vă fac expunerea pe care mi-am propus-o dacă ne lăsăm astfel deturnați de la subiectul nostru?

– Bine, dacă v-am înțeles exact, vreți să-mi expuneți ideile fundamentale ale noii psihologii.

– N-aș vrea să încep cu asta. Intenționam să vă

prezint ce concepție ne-am format, pe parcursul studiilor analitice, despre structura aparatului psihic.

– *Aș putea să vă întreb ce înțelegeți prin „aparat psihic" și din ce este format el?*

– Veți afla imediat în mod clar ce este aparatul psihic.Dar să nu mă întrebați, vă rog, din ce este construit! Asta nu prezintă interes psihologic și rămâne pentru psihologie la fel de indiferent cum e pentru optică de a ști dacă pereții telescopului sunt din metal sau din carton. Vom lăsa deoparte „esența" lucrurilor spre a ne ocupa numai de situarea lor „în spațiu". Ne reprezentăm aparatul necunoscut care servește la îndeplinirea operațiilor psihice chiar ca un instrument, alcătuit din asamblarea mai multor părți – pe care le numim „instanțe". Fiecăreia i se atribuie o funcțiune particulară, au între ele un raport spațial constant, cu alte cuvinte, raportul spațial „în fața sau în spatele", „superficial sau profund" nu exprimă pentru noi pentru început decât succesiunea regulată a funcțiunilor. Mă fac totuși înțeles?

– *Cu greu. Poate voi înțelege mai târziu; orișicum, iată o anatomie a sufletului foarte ciudată, care n-are un echivalent în științele naturii!*

– Ce vreți, e o ipoteză, cum există atâtea altele în științe. Cele dintâi au fost întotdeauna destul de grosolane. „Open to revision", putem spune despre ele. Consider superfluu să mă folosesc de locuțiunea devenită atât de populară „ca și cum". Valoarea unei asemenea „ficțiuni" – cum ar numi-o filozoful Vaihinger – depinde de ceea ce poți scoate din ea.

Și voi spune mai departe: Rămânând pe terenul înțelepciunii curente, recunoaștem în om o organizare psihică intercalată între, de pe o parte, excitațiile sale

senzoriale şi percepția nevoilor sale corporale şi, pe de altă parte, acțiunile sale motrice; organizare servind de intermediar între cele două, în vederea unui țel foarte bine definit. Noi numim această organizare „Eul" persoanei. Până aici nimic nou, fiecare dintre noi poate face această ipoteză fără a fi filozof, iar unii chiar sunt. Dar noi nu credem că în felul acesta am epuizat descrierea aparatului psihic. Pe lângă acest Eu, noi recunoaştem un alt teritoriu psihic mai vast şi mai obscur decât Eul: numim acest teritoriu Sinele. Ne vom ocupa mai întâi de relația existentă între Eu şi Sine.

Fără îndoială că veți găsi de prost gust că am ales, pentru a desemna cele două instanțe sau regiuni psihice, nişte cuvinte curente, în locul unor vocabule greceşti sonore. Dar noi, psihanaliştii, preferăm să rămânem în contact cu maniera de a gândi populară şi să valorificăm pentru ştiință noțiunile populare, în loc de a le respinge. Nu e meritul nostru, suntem constrânşi să procedăm astfel, pentru că teoriile noastre trebuie să fie înțelese de către bolnavi, adesea foarte inteligenți, dar nu întotdeauna familiarizați cu ştiințele umaniste. Acest Sine impersonal are un corespondent direct în limbajul obişnuit. „Asta m-a făcut să tresar, se spune, am simțit în mine ceva, în acel moment, o forță mai tare decât mine."

În psihologie, nu putem descrie ceva decât cu ajutorul comparațiilor. Nu e ceva specific psihologiei, se întâlneşte şi în alte domenii. Dar suntem nevoiți să schimbăm fără încetare comparațiile; nici una nu este îndestulătoare timp îndelungat. Deci, dacă vreau să vă reprezint plastic relația dintre Eu şi Sine, vă propun să vă închipuiți Eul ca pe o față dă a Sinelui un fel de strat exterior, o scoarță a acestuia. Să ne fixăm la această comparație

din urmă. Cunoaştem că straturile corticale datorează calităţile lor speciale influenţei modificatoare a mediului exterior cu care vin în contact. Să ne reprezentăm lucrurile astfel: Eul ar fi stratul exterior – modificat mereu prin influenţa lumii externe, a realităţii – al aparatului psihic, al Sinelui. Vedeţi astfel ce tare luăm în serios noţiunile spaţiale. Pentru noi, Eul este efectiv mai superficial, Sinele mai profund, bineînţeles privite din afară. Eul are o poziţie intermediară între realitate şi Sine, care este psihicul propriu-zis.

– Nu vă întreb încă în ce fel putem afla toate astea. Spuneţi-mi mai întâi la ce vă serveşte această distincţie între un „eu" şi un „sine", ce vă obligă s-o faceţi?

– Întrebarea dumneavoastră îmi arată în ce direcţie să-mi orientez explicaţiile. Ce trebuie ştiut înainte de toate este că Eul şi Sinele se deosebesc mult şi în multe privinţe unul de altul; actele psihice sunt conduse de alte reguli în cuprinsul unuia şi al celuilalt; Eul are în vedere alte scopuri şi se foloseşte de alte mijloace. Ar fi multe de spus pe această temă; dar v-aţi declara oare mulţumit cu o nouă comparaţie şi un nou exemplu? Gândiţi-vă la diferenţele ce existau, în timpul războiului, între linia frontului şi spatele frontului. Pe vremea aceea nu ne mira deloc că pe front multe lucruri se petreceau altfel decât în spatele frontului, şi că în spatele frontului erau permise multe lucruri care pe front erau interzise. Factorul determinant era, firește, apropierea de inamic. Pentru viaţa psihică – este apropierea de lumea exterioară. Afară străin – inamic au fost cândva sinonime. Şi acum urmează şi exemplul. În Sine nu există conflicte; contradicţiile, forţele contrare se învecinează fără ca asta să le stânjenească, compromisurile intervin adesea să rezolve lucrurile. Într-o

situaţie asemănătoare, Eul ar fi căzut pradă unui conflict care trebuia rezolvat, şi soluţia nu putea fi decât abandonarea unei tendinţe în profitul celeilalte. Eul este o organizare care se distinge printr-o remarcabilă tendinţă către unitate, către sinteză; această însuşire nu o întâlnim la Sine, – acesta este, ca să spunem aşa, incoerent, dezlânat, fiecare din tendinţele sale îşi urmăreşte, în interiorul lui, finalitatea proprie, fără a ţine seama de celelalte.

– Şi dacă există cu adevărat un „hinterland" psihic de o asemenea importanţă, cum mă veţi face să cred că el a trecut neobservat până la apariţia psihanalizei?

– Iată că revenim la una din întrebările dumneavoastră anterioare. Psihologia şi-a barat drumul către domeniul Sinelui conducându-se după o ipoteză care părea la început destul de plauzibilă, dar pe care n-o putem totuşi susţine. Şi anume că toate actele psihice sunt conştiente, „conştiinţa" e semnul distinctiv al psihicului şi că, dacă în creierul nostru se produc operaţii inconştiente, ele nu merită numele de acte psihice şi n-au nimic comun cu psihologia.

– Păi asta mi se pare de la sine înţeles!

– Da, aşa gândesc şi psihologii, dat nu e greu de demonstrat că e fals, că o asemnea separare e total improprie. Cea mai superficială observaţie asupra ta însuţi arată că poţi avea idei subite, care nu puteau apărea fără ca nimic să nu le pregătească. Dar nu ai luat cunoştinţă deloc de aceste stări pregătitoare ale gândului tău, care a trebuit să fie tot de natură psihică: numai rezultatul lor, gata conturat, ţâşneşte în spaţiul conştiinţei. Numai rareori, după ce faptul s-a produs, aceste stadii pregătitoare ale gândului pot fi „reconstituite" de către conştiinţă.

– Fără îndoială că atenţia era distrasă de altceva,

ceea ce a împiedicat conştiinţa să observe aceste stadii pregătitoare chiar când s-au petrecut.

– Nu veţi scăpa apelând la un asemenea subterfugiu! E un fapt real că în dumneavoastră se pot petrece acte de natură psihică, adesea foarte complicate, pe care conştiinţa dumneavoastră nu le observă, despre care nu ştiţi nimic. Sau sunteţi pregătit să recurgeţi la ipoteza că un strop din atenţia dumneavoastră e îndeajuns ca să preschimbe un act non-psihic într-un act psihic? De altminteri ce rost are această discuţie? Experienţele de spiritism au demonstrat – într-un mod categoric pentru cine vrea să vadă – că există asemenea gânduri inconştiente.

– Cred că am înţeles în sfârşit. Ceea ce numiţi Eu este conştiinţa, iar Sinele este altă denumire pentru „subconştient", despre care se vorbeşte atâta la ora actuală. La ce era nevoie de aceste denumiri travestite?

– Nu e vorba de o comedie cu măşti. Celelalte denumiri sunt inutilizabile. Nu încercaţi să-mi oferiţi literatură în loc de ştiinţă. Când îmi vorbeşte careva de procese subconştiente, eu nu ştiu dacă le numeşte aşa în sens topic: ceea ce sălăşluieşte în spirit sub conştient – sau în sens calitativ: o altă conştiinţă, subterană, ca să zicem aşa. Cu siguranţă că interlocutorul meu nu e nici el lămurit. Singura distincţie admisibilă este aceea între „conştient" şi „inconştient". Dar ar fi o eroare cu grave consecinţe dacă am crede că această diviziune în „conştient" şi „inconştient" coincide cu aceea dintre Eu şi Sine. Ar fi fost minunat să fie aşa de simplu: teoria noastră ar fi fost foarte avantajată. Dar lucrurile nu sunt atât de simple. Tot ce se petrece în Sine este şi rămâne inconştient: iată singurul fapt cert, iar procesele care se

petrec în Eu *pot deveni* conştiente, dar numai ele singure. Însă nu toate, nu întotdeauna, nu în mod necesar pot deveni conştiente, şi mari părţi ale Eului pot rămâne timp îndelungat inconştiente.

Accesul la conştiinţă al unui proces psihic e un lucru complicat. Nu mă pot abţine să nu vă expun – din nou într-o formă dogmatică – cum vedem noi această problemă. Vă reamintiţi: Eul e stratul extern, periferic, al Sinelui. Noi credem că la periferia acestui Eu se află o „instanţă" aparte, în legătură directă cu lumea exterioară, un sistem, un organ dacă vreţi, prin excitarea exclusivă a căruia se poate naşte fenomenul numit conştiinţă. Acest organ poate fi la fel de bine stimulat *de dinafară*, primind prin mijlocirea organelor de simţ excitaţii provenind din lumea exterioară – precum şi *dinăuntru*, luând cunoştinţă mai întâi de senzaţiile cu sediul în Sine şi apoi de procesele în curs de desfăşurare în Eu.

– Totul merge din rău în mai rău şi pricep din ce în ce mai puţin. M-aţi invitat totuşi la o mică expunere asupra acestei probleme: pot non-medicii să întreprindă şi ei cure analitice? La ce bun toate aceste teorii revoluţionare şi obscure, care despică firul în patru, şi de justeţea cărora nu mă puteţi convinge?

– Ştiu, nu vă pot convinge. E peste puterile mele şi, în consecinţă, nici nu mi-o propun. Când ne ocupăm de instruirea teoretică în psihanaliză a elevilor noştri, observăm ce efect neînsemnat are la început asupra lor. Ei primesc teoriile analitice cu aceeaşi răceală cu care au tratat şi alte abstracţiuni cu care au fost hrăniţi. Unii dintre ei ar fi vrut poate să fie convinşi, dar nimic nu indică faptul că ar fi. De aceea, pretindem ca acela care vrea să exercite analiza asupra altora să se supună el însuşi, mai

întâi, unei analize. Numai în cursul acestei autoanalize (cum este numită în mod greşit) şi resimţind în mod real în propriul lor corp (mai exact în propriul lor spirit) procesele a căror existenţă o afirmă analiza, elevii noştri îşi formează convingerile care îi vor călăuzi mai târziu ca analişti. Cum să mă aştept atunci să vă pot convinge de justeţea teoriilor noastre pe dumneavoastră, auditorul imparţial, căruia nu-i pot prezenta decât un expozeu incomplet, trunchiat, prin urmare lipsit de claritate, şi căruia îi lipseşte confirmarea propriei sale experienţe?

Scopul urmărit de mine este altul. Problema nu e aici de a discuta dacă analiza e un lucru inteligent sau absurd, dacă doctrina pe care o afirmă e corectă sau eronată. Desfăşor înaintea dumneavoastră teoriile noastre pentru că e cea mai bună cale de a vă arăta ce idei constituie corpul analizei, de la ce premise pleacă ea când începe să se ocupe de un bolnav, şi cum se ocupă de el. Astfel vom proiecta o lumină vie asupra problemei analizei practicate de non-medici. Dar nu vă neliniştiţi! Dacă m-aţi urmărit până aici, aţi suportat partea cea mai rea, iar ceea ce urmează vi se va părea uşor. Lăsaţi-mă acum să-mi trag răsuflarea.

III

– Îmi puteţi deduce, din teoriile pishanalizei, cum ne reprezentăm geneza unei afecţiuni nervoase?

– Voi încerca. Pentru asta trebuie să studiem Eul şi Sinele nostru dintr-un punct de vedere nou; şi anume din punct de vedere *dimanic*, adică luând în consideraţie forţele care acţionează în interiorul fiecăruia şi între ele. Până în prezent ne-am mărginit *să descriem* aparatul psihic.

– *Numai să nu fie și asta la fel de ininteligibil!*

– Sper că nu. Veți vedea asta imediat. Așadar, admitem că forțele care pun în mișcare aparatul psihic sunt produse de organele corpului și exprimă trebuințele corporale fundamentale. Vă mai amintiți de cuvintele lui Schiller: foame și dragoste. Un cuplu de forțe impunătoare, dealtfel! Noi numim aceste trebuințe corporale, în ipostaza lor de incitații la activitate psihică, *Triebe* (*instincte* sau *pulsiuni*), un cuvânt pentru care multe limbi moderne ne invidiază. Aceste instincte au sediul în Sine; pe scurt, ele emană toată energia existentă în Sine. Forțele din interiorul Eului nu au nici ele altă origine, ele derivă din cele conținute în Sine. Și ce voiesc aceste instincte? Satisfacerea – cu alte cuvinte, să fie aduse în situații în care nevoile corporale să fie potolite. Scăderea tensiunii dorinței este resimțită, de organul percepției noastre conștiente, ca o plăcere, iar o creștere a acestei tensiuni provoacă imediat o stare de neplăcere. Din aceste oscilații se naște succesiunea de senzații „plăcere-neplăcere" care reglează toată activitatea aparatului psihic. Numim aceasta „supremația principiului plăcerii".

Când aspirațiile instinctive ale „sinelui" nu ating satisfacerea, se nasc stări insuportabile. Experiența arată curând că asemenea satisfaceri nu pot fi obținute decât cu ajutorul lumii exterioare. De aceea, intră în funcțiune Eul, adică acea parte a psihicului orientată către lumea exterioară. În timp ce forța motrice care pune corabia în mișcare e furnizată de Sine, Eul e într-un fel cel care îndeplinește rolul cârmei, fără de care nu poate fi atinsă nici o țintă. Instinctele Sinelui aspiră la satisfaceri imediate, brutale, și nu obțin astfel nimic, chiar își cauzează prejudicii însemnate. Îi revine acum Eului misiunea de a

preîntâmpina aceste eşecuri, de a acţiona ca intermediar între pretenţiile Sinelui şi opoziţiile pe care acesta le întâmpină din partea lumii exterioare. Eul îşi desfăşoară activitatea în două direcţii. Pe de o parte, el supraveghează, prin mijlocirea organelor de simţ, lumea exterioară, pentru a profita de ocaziile favorabile unei satisfaceri lipsite de riscuri; pe de altă parte, el acţionează asupra Sinelui, ţine în frâu pasiunile acestuia, îndeamnă instinctele să amâne satisfacerea lor, ba chiar, când e necesar, le face să-şi modifice scopurile către care tind sau să le abandoneze complet, în schimbul unor compensaţii. Impunând această constrângere elanurilor Sinelui, Eul înlocuieşte principiul plăcerii, care la început n-avea concurenţă, prin ceea ce am numit „principiul realităţii", care urmăreşte acelaşi scop final, dar ţinând cont de condiţiile impuse de lumea exterioară. Mai târziu, Eul bagă de seamă că există, pentru a asigura satisfacerea, şi un alt mijloc decât adaptarea la lumea exterioară, de care tocmai am vorbit. Se poate acţiona asupra lumii exterioare pentru a o modifica şi a crea în cadrul ei condiţiile care fac posibilă satisfacerea. Acest gen de activitate devine atunci suprema împlinire a Eului. Arta de a trăi constă în capacitatea de decizie care permite de a alege când se cuvine să ne dominăm pasiunile şi să ne înclinăm în faţa realităţii şi când se cuvine să dăm frâu liber pasiunilor şi să ne răzvrătim contra realităţii.

– *Şi cum se face că Sinele se lasă comandat astfel de Eu, din moment ce, dacă am înţeles bine, e mai puternic decât el?*

– Da, totul merge bine, atâta timp cât Eul este intact, e în posesia întregii sale capacităţi de a acţiona, atâta timp cât are acces la toate regiunile „sinelui" şi îşi poate exercita influenţa asupra lui. Nu există efectiv nici o

ostilitate firească între Eu şi Sine, fac parte din acelaşi tot şi, când individul are o stare de sănătate normală, nici nu pot fi distinse practic unul de altul.

– *Înţeleg. Dar nu văd, într-o asemenea relaţie ideală, nici cel mai mic loc pentru o dereglare maladivă.*

– Aveţi perfectă dreptate: cât timp Eul, în raporturile sale cu Sinele, corespunde acestor exigenţe ideale, nu se produce nici o tulburare nervoasă. Poarta de intrare a bolii se află acolo unde nu ne-am fi gândit – cu toate că acela care cunoaşte patologia generală nu are de ce să se mire: tocmai evoluţiile şi diferenţierile cele mai importante poartă în ele germenele răului, al deficienţei funcţionale.

– *Nu mai înţeleg, vă exprimaţi prea savant.*

– O să reiau explicaţiile, pornind dintr-un punct ceva mai îndepărtat. Mica fiinţă care tocmai s-a născut este, nu-i aşa, un flecuşteţ firav şi neputincios raportat la lumea exterioară, atotputernică şi distructivă. O fiinţă primară, neavând încă dezvoltat un Eu organizat, este expusă tuturor acestor traumatisme. Ea nu trăieşte decât pentru satisfacerea „oarbă" a instinctelor sale, ceea ce, de multe ori, o duce la pierzanie. Cristalizarea unui Eu este, înainte de toate, un proces favorabil conservării vitale. Bineînţeles, când acea fiinţă piere, ea nu trage nici un profit din existenţa sa, dar dacă supravieţuieşte unui traumatism, se va păzi de situaţii asemănătoare şi va semnala pericolul prin reeditarea, într-o formă prescurtată, a impresiilor trăite cu ocazia primului traumatism, adică printr-un „afect" de angoasă. Această reacţie la pericol provoacă o încercare de fugă, singura soluţie de salvare până în ziua în care fiinţa respectivă, devenită suficient de puternică, va putea face faţă pericolelor răspândite în

lumea exterioară, într-un mod activ, poate chiar preluând ea însăşi ofensiva.

– *Văd că ajungem mult mai departe decât mi-ai promis.*

– Nici nu vă închipuiţi cât de exact îmi respect promisiunea. Chiar şi la persoanele care vor avea mai târziu un Eu organizat la înălţimea răspunderii sale, Eul, în copilărie, este slab şi puţin diferenţiat de Sine. Închipuiţi-vă acum ce se va întâmpla când acest Eu lipsit de forţă va fi expus unei tendinţe instinctive a Sinelui, căreia ar vrea să-i reziste, ghicind că satisfacerea ei ar fi periculoasă, capabilă să producă o situaţie traumatică, o ciocnire cu lumea exterioară, dar nu are forţa de a domina această tendinţă instinctivă. Eul tratează pericolul interior, emanat de instinct, ca pe un pericol exterior, el încearcă să fugă, se retrage din această regiune a Sinelui şi o lasă în părăsire, după ce i-a retras toate contribuţiile pe care le pune de obicei la dispoziţia agitaţiilor instinctului. Spunem atunci că Eul întreprinde o *refulare* a acestei tendinţe instinctive. Rezultatul imediat al refulării este evitarea pericolului. Dar nu poţi confunda nepedepsit ceea ce este intern cu ceea ce este extern. *Refulând*, Eul se supune principiului plăcerii, pe care are în mod obişnuit sarcina să-l modifice: în consecinţă, el trebuie să-şi poarte pedeapsa. Pedeapsa va fi că Eul va avea acum un domeniu mai restrâns. Aspiraţia instinctivă refulată e acum izolată, abandonată, inaccesibilă, dar şi imposibil de influenţat. Ea îşi va urma de-acum propriile căi. În general, Eul nu va mai putea anula refularea, chiar când se va fi fortificat, unitatea sa e distrusă, o parte din Sine rămâne pentru Eu un teren interzis. La rândul ei, tendinţa izolată nu va rămâne inactivă, găseşte cu cale să se recompenseze pentru

satisfacția normală care îi este refuzată, zămisleşte mlădițe psihice care o reprezintă, se pune în relație cu alte procese psihice pe care le sustrage la rândul său Eului prin influența sa, şi, în sfârşit, irupe în Eu şi în conştiință sub o formă substitutivă nerecognoscibilă pe scurt, elaborează ceea ce numim un „simptom".

Putem cuprinde acum dintr-o privire tot ceea ce constituie o tulburare „nervoasă": pe de o parte, un Eu care şi-a pierdut unitatea, fără influență asupra unei părți din Sine, constrâns să renunțe la a-şi îndeplini o parte din activitatea sa în scopul de a evita o nouă ciocnire cu ceea ce este refulat, epuizându-şi forțele într-o luptă zadarnică cu simptomele (mlădițe ale aspirațiilor refulate); pe de altă parte, un Sine în interiorul căruia instincte izolate devin independente, îşi urmăresc scopurile lor proprii fără a ține seama de interesele generale ale individului şi nu mai ascultă decât de legile psihologiei elementare care comandă în profunzimile Sinelui. Dacă privim lucrurile în mare, atunci geneza nevrozei ne apare sub această formulă foarte simplă: Eul a încercat să reprime anumte părți din Sine *într-o manieră nepotrivită*, încercarea a eşuat şi Sinele se răzbună. Nevroza e deci consecința unui conflict între Eu şi Sine, conflict la care Eul ia parte – un examen aprofundat o demonstrează – pentru că nu poate renunța deloc la subordonarea sa față de lumea exterioară. Opoziția apare între lumea exterioară şi Sine, şi pentru că Eul, credincios esenței sale intime, se situează de partea lumii exterioare, el intră în conflict cu Sinele său. Dar fiți foarte atenți: nu acest conflict condiționează maladia – asemenea conflicte între realitate şi Sine sunt inevitabile şi una din misiunile permanente ale Eului e de a se interpune în conflict – ci boala e cauzată de altceva: Eul

se serveşte, pentru a rezolva conflictul, de un mijloc insuficient, *refularea.* Totuşi, cauza bolii este că, atunci când a fost pus în faţa acestei misiuni, Eul era slab dezvoltat şi lipsit de forţă. Refulările decisive au toate loc, într-adevăr, în prima copilărie.

– Ce subterfugii ciudate! Urmez sfatul dumneavoastră, – nu critic; vreţi numai să-mi arătaţi ce crede psihanaliza despre geneza nevrozelor, pentru a stabili o relaţie cu metoda folosită de ea pentru vindecare. Aş avea mai multe întrebări de pus, unele le voi pune mai târziu. Pentru început, aş fi tentat să merg pe urmele dumneavoastră, să încerc a concepe la rândul meu o construcţie ipotetică, o teorie. Aţi expus relaţia „lume exterioară – Eu – Sine şi aţi stabilit, ca o condiţie esenţială a nevrozei, următoarele: Eul, rămânând dependent de lumea exterioară, intră în conflict cu Sinele. Nu ar fi de conceput şi cazul invers: adică Eul să se lase antrenat într-un asemenea conflict, renunţând la relaţiile sale speciale cu lumea exterioară? Ce se întâmplă atunci? Nu sunt un specialist, dar, după ideile ce le am despre natura unei psihoze, o asemenea decizie „inversă" a Eului ar putea fi chiar condiţia ei. Esenţial pentru o maladie mentală pare deci să fie această rupere de realitate.

– Da, şi eu m-am gândit la asta, şi cred că e o teorie corectă, cu toate că demonstrarea ei presupune punerea în discuţie a unor raporturi foarte încâlcite. Nevroza şi psihoza sunt în mod evident înrudite foarte de aproape, dar trebuie totuşi să fie divergente într-un punct esenţial. Acest punct ar putea fi foarte bine decizia pe care o ia Eul în conflictul amintit mai înainte. Iar Sinele, în ambele cazuri, şi-ar păstra caracterul de inflexibilitate oarbă.

– Vă rog să continuaţi. Ce indicaţii dă teoria dumneavoastră pentru tratamentul nevrozelor?

– Scopul nostru terapeutic e acum uşor de de-

terminat. Noi vrem să reconstituim Eul, să-l eliberăm de ceea ce îl subminează, să-i redăm stăpânirea asupra Sinelui, pierdută ca urmare a refulărilor sale precoce. Numai în acest scop facem analiza, toată tehnica noastră are în vedere acest scop. Avem nevoie să depistăm refulările, provocând Eul să le corijeze cu ajutorul nostru, şi să-şi rezolve conflictele în alt fel şi mai bine decât dând bir cu fugiții în fața lor. Cum aceste refulări au avut loc de timpuriu în copilărie, munca analitică ne conduce în acea epocă a vieții. Situațiile care au provocat aceste conflicte foarte vechi sunt cel mai adesea uitate, drumul care ne conducc la ele ne este arătat de simptome, vise şi asociațiile libere ale bolnavului, pe care trebuie de altminteri să le interpretăm, să le traducem – asta deoarece, sub influența psihologiei Sinelui, ele au îmbrăcat forme insolite, care contrariază rațiunea. Ideile subite, gândurile şi amintirile pe care ni le comunică – nu fără o luptă interioară – pacientul ne permit să presupunem că ele sunt într-un fel înrudite cu „refulatul" sau cel puțin nişte derivații ale lui. Când îi cerem bolnavului să-şi învingă propriile rezistențe şi să ne comunice tot, noi educăm Eul lui să-şi învingă propria tendință de a se eschiva şi îl deprindem să suporte vecinătatea „refulatului". În sfârşit, când a reuşit să reconstituie în amintirea sa situația care a provocat refularea, docilitatea lui e recompensată în mod strălucit! Distanțarea în timp lucrează în favoarea lui: lucrurile în fața cărora Eul infantil, îngrozit, dăduse bir cu fugiții, îi apar acum Eului, adult şi fortificat, un simplu joc de copii.

IV

– Tot ce mi-ați povestit până aici ține de psihologie; lucruri adesea ciudate, obscure, imprevizibile, dar, cum

să spun? cel puțin – îți dau senzația de curățenie. Desigur, până azi nu știam aproape nimic despre psihanaliză, dar mi-a ajuns la ureche zvonul că lucrurile de care se ocupă ea în principal nu pot fi numite în orice caz „curate". Or, dumneavoastră n-ați amintit până acum nimic de genul ăsta. Asta mă face să cred că le-ați evitat în mod intenționat. Mai am și altă nelămurire. Nevrozele sunt ați spus-o chiar dumneavoastră – niște dereglări ale vieții psihice. Dar lucrurile de primă importanță, care țin de etică, de conștiință, de idealurile noastre, nu joacă oare nici un rol în aceste perturbații profunde?

– Considerați deci că n-am atins în discuția noastră două subiecte: pe de o parte, ceea ce are legătură cu aspectele cele mai triviale ale existenței, iar pe de altă parte, ceea ce are legătură cu aspectele cele mai elevate. Motivul este că nu am dezbătut până aici nimic despre conținutul vieții psihice. Permiteți-mi acum să joc și eu rolul de colocutor și să suspend pentru un moment cursul discuției noastre. Am apelat insistent la psihologie pentru că voiam să vă fac să înțelegeți că munca analitică e o aplicare a psihologiei, mai mult, a unei psihologii care, în afara domeniului strict al analizei, e complet necunoscută. Analistul trebuie să cucerească înainte de toate această psihologie, adică psihologia profunzimilor sau psihologia inconștientului – cel puțin ce se știe până în ziua de azi în această direcție. Dar vă rog să-mi spuneți acum ce vreți să înțelegeți prin acele aluzii la „curățenie"?

– Iată la ce mă refeream. Se spune peste tot că, în analiză, sunt abordate problemele cele mai intime, cele mai dezagreabile ce au legătură cu viața sexuală. Dacă e așa – din argumentațiile psihologice ale dumneavoastră n-am putut deduce că ar fi așa – am avea un argument

puternic de a nu autoriza decât pe medici să practice asemenea tratamente. Cum v-aţi putut gândi că puteţi acorda asemenea libertăţi periculoase altor persoane, pe al căror caracter şi pe a căror discreţie nu te poţi bizui?

– E adevărat, medicii se bucură, în ce priveşte domeniul sexualităţii, de anumite privilegii; ei au chiar dreptul de a controla organele genitale. Numai în ţările orientale nu li se permitea acest lucuru. După cum şi la noi, la europeni, s-au ivit anumiţi reformatori ai moralei – ştiţi la cine mă refer[2]– care le-au contestat medicilor acest drept. Dar voiaţi să ştiţi în primul rând dacă în analiză se petrece ceva asemănător şi din ce motiv trebuie să fie aşa... Răspunsul meu este: da, aşa se petrec lucrurile în analiză.

Şi ele trebuie să se petreacă astfel – în primul rând pentru că analiza e fundamentată pe această bază: sinceritatea absolută. Se discută, de exemplu, cu pacientul cu aceeaşi sinceritate şi minuţie, despre chestiunile pecuniare, se fac mărturisiri pe care persoana respectivă nu le-ar face nimănui dintre cunoscuţii săi, chiar dacă nu sunt funcţionari sau concurenţi în afaceri. Nu numai că nu contest că această clauză a sincerităţii absolute impune o mare responsabilitate morală analistului, dar vreau să subliniez în mod deosebit acest lucru.

Trebuie să se petreacă astfel – în al doilea rând fiindcă, printre cauzele bolilor nervoase , factorii vieţii sexuale joacă un rol de o importanţă incomparabilă, un rol dominant şi cu totul aparte. Ce ar putea face altceva analistul decât să se conecteze la subiectul pe care i-l furnizează pacientul însuşi? Analistul nu-şi atrage niciodată pacientul pe terenul sexualităţii, nu-i spune din capul locului: o să ne ocupăm de intimităţile vieţii dumitale

sexuale! Îl lasă să se desfăşoare după bunul lui plac şi aşteaptă liniştit ca pacientul însuşi să atingă subiectele sexuale. Am grijă să-mi avertizez elevii: adversarii noştri au afirmat că am putea întâlni cazuri în care factorul sexual n-ar juca nici un rol; să ne ferim deci de a-l introduce noi înşine în analiză, să nu ratăm cumva ocazia de a descoperi un asemenea caz! Dar până acum nimeni dintre noi n-a avut această fericire.

Eu ştiu foarte bine: faptul că noi discutăm fără reticenţe problemele sexualităţii a devenit motivul cel mai însemnat – declarat sau nu – al ostilităţii publicului faţă de analiză. Trebuie oare să ne descumpănească asta? Nu. Dimpotrivă, trebuie să ne facă să pricepem în ce măsură este nevrotică toată civilizaţia noastră, din moment ce indivizii aşa-zis normali se comportă aproape ca nişte „nevrotici". În perioada în care, în mediile savante din Germania, psihanaliza era aspru judecată – la ora actuală situaţia e mai calmă – un medic aspira la un renume aparte fiindcă, zicea el, îi lăsa pe bolnavi să se exprime liber! Desigur, în scopul stabilirii unei diagnostic şi pentru a verifica afirmaţiile analiştilor. Dar, adăuga el, imediat ce ei încep să se refere la probleme sexuale, le închid gura. Ce părere aveţi despre metoda lui? Auditorii lui, savanţi reputaţi, l-au aclamat pe orator, în loc să li se facă ruşine pentru el, cum s-ar fi cuvenit. Disprețul faţă de cea mai elementară logică, manifestat de acest orator, nu s-ar putea explica decât prin suficienţa solemnă născută din fondul de prejudecăţi comune. După un număr de ani, câţiva dintre elevii mei au cedat ispitei de a elibera societatea umană de acest „jug al sexualităţii" pe care psihanaliza vrea să i-l impună. Unul dintre ei[3] a declarat că „sexualul" nu semnifică deloc sexualitatea, ci ceva abstract, ceva

mistic. Un altul[4], că viaţa sexuală e numai unul dintre domeniile în care omul îşi exersează apetitul instinctiv pentru putere şi dominaţie. Ei au fost foarte elogiaţi – pentru moment, cel puţin.

– De data asta nu mă pot abţine să nu-mi spun părerea. Mi se pare foarte riscant să pretinzi că sexualitatea nu e o nevoie firească, primară, a individului uman, ci expresia a cu totul altceva. E suficient să ne referim la exemplul animalelor.

– Ce contează. Nu există ghiveci, oricât de ciu-dat, pe care societatea să nu fie gata să-l înghită, dacă e descris ca un antidot împotriva atotputerniciei sexualităţii!

Trebuie de altfel să vă mărturisesc ceva; aversiunea pe care m-aţi lăsat s-o ghicesc la dumneavoastră faţă de locul acordat factorului sexual în geneza nevrozelor nu mi se pare prea potrivită cu îndatorirea dumneavoastră de imparţialitate. Nu vă temeţi că o asemenea antipatie v-ar putea stânjeni în încercarea de a formula o judecată imparţială?

– Sunt întristat că vă aud vorbind astfel. Mi se pare că nu mai aveţi încredere în mine. De ce n-aţi ales atunci pe altcineva pentru rolul de ascultător imparţial?

– Pentru că un altul n-ar fi gândit altfel. Dacă acest colocutor al meu ar fi gata dinainte ca să recunoască importanţa vieţii sexuale, toată lumea ar fi exclamat: nu e un partener de discuţie imparţial, e unul dintre ai voştri! În ce vă priveşte, eu nu renunţ la speranţa de a putea influenţa părerile dumneavoastră. Dar recunosc că privesc discuţia despre sexualitate cu totul altfel decât pe cea de dinainte. Când discutam mai devreme chestiuni de psihologie, îmi era egal dacă vă conving sau nu, cu condiţia să credeţi că e vorba acolo de probleme pur

psihologice. Acum, în ce priveşte problema sexuală, vreau să reuşesc să vă fac să înţelegeţi următorul lucru: spiritul dumneavoastră de contradicţie are ca principal motiv ostilitatea cu care abordaţi dezbaterea, ostilitate pe care o resimt foarte mulţi, la fel ca dumneavoastră.

– *Îmi lipseşte experienţa în această direcţie, experienţă din care se hrăneşte certitudinea dumneavoastră de neclintit.*

– Pot să continuu acum. Viaţa sexuală nu e doar un pretext pentru anecdote deocheate, ci şi o serioasă problemă ştiinţifică. Ne aflăm în faţa misiunii dificile de a descoperi multe lucruri noi şi de a dezlega multe enigme. V-am mai spus deja că analiza trebuie să meargă înapoi, până în primii ani ai copilăriei pacientului, pentru că refulările decisive au loc în această epocă, atunci când Eul e fragil. Dar oare copilul n-are viaţă sexuală, ea începe doar odată cu pubertatea?

Dimpotrivă! Aveam să descoperim că tendinţele sexuale însoţesc individul încă din ziua naşterii, şi că tocmai împotriva acestor instincte se apără Eul infantil prin mijlocirea refulării. Ce ziceţi, ciudată coincidenţă: un copil mic luptă cu forţele sexualităţii exact prin aceeaşi metodă ca stimabilul orator în faţa unei Societăţi de savanţi sau, mai aproape de zilele noastre, ca foştii mei elevi creându-şi propriile lor teorii. Cum se explică asta? Explicaţia cea mai generală ar fi că civilizaţia noastră se constituie practic în detrimentul sexualităţii; dar despre asta mai sunt destule de spus.

Descoperirea sexualităţii infantile face parte, se pare, din acea categorie de descoperiri de care trebuie să ne fie ruşine. Unii medici pediatri au cunoscut dintotdeauna acest fenomen; la fel, se pare, şi unele bone.

Nişte domni onorabili, care se intitulează specialişti în psihologie infantilă, au vorbit însă, pe un ton reprobator, despre „profanarea copilăriei". Mereu sentimente în loc de argumente! În clasa noastră politică asemenea procedee sunt curente. Un membru al opoziţiei se ridică şi dă în vileag proasta gestiune din administraţie, din justiţie sau din armată. În legătură cu asta, un altul, de obicei un reprezentat al cârmuirii, declară că asemenea declaraţii atentează la onoarea statului, sau a armatei, sau a dinastiei, deci a patriei. Ca atare, ele nu reflectă adevărul! Căci asemenea instituţii nu suportă a fi ofensate.

Se înţelege că viaţa sexuală a copilului diferă de cea a adultului. Funcţia sexuală, de la începuturi până la forma ei finală, pe care o cunoaştem bine, are o evoluţie complicată. Ea se constituie prin reunirea a numeroase pulsiuni parţiale, fiecare având finalitatea sa proprie, traversează mai multe faze de organizare până când, în fine, se pune în slujba reproducerii. Aceste pulsiuni parţiale nu sunt toate în mod egal utilizabile în vederea scopului final; ele trebuie să fie transformate, remodelate, şi în parte înăbuşite. O asemenea evoluţie complexă şi amplă nu se înfăptuieşte întotdeauna în mod ireproşabil: se pot produce stagnări ale dezvoltării – „fixaţii" parţiale la anumite faze timpurii ale evoluţiei; în acest caz, dacă exercitarea funcţiei sexuale întâlneşte mai târziu obstacole, elanul sexual – libidoul, cum îi spunem noi – revine bucuros pe aceste poziţii, la aceste fixaţii primare. Studierea sexualităţii infantile şi a transformărilor pe care ea le suferă până la maturitate ne-a oferit şi cheia pentru ceea ce se numeşte perversiuni sexuale, care erau descrise în culori oribile, dar fără a se putea spune ceva despre geneza lor. Lucruri foarte interesante, care însă nu ne serveau la mare lucru,

având în vedere scopul pe care ni-l propunem şi despre care o să spun mai mult. E nevoie, ca să te descurci aici, bineînţeles, de cunoştinţe anatomice şi fiziologice – care, din nefericire, nu pot fi câştigate toate în şcolile de medicină! – dar e de asemenea la fel de indispensabil să fii familiarizat cu istoria civilizaţiei şi cu mitologia.

– *După tot ce mi-ai spus, nu pot încă să-mi reprezint ce este viaţa sexuală a copilului.*

– Atunci nu voi părăsi acest subiect, de care îmi e, de altfel, dificil să mă îndepărtez. Reţineţi, cel mai ciudat lucru din viaţa sexuală a copilului mi se pare acesta: el îşi împlineşte toată evoluţia, atât de amplă totuşi, în primii cinci ani ai vieţii; de aici şi până la pubertate se întinde perioada numită „de latenţă", în timpul căreia, – dacă e vorba de un copil normal – sexualitatea nu mai progresează, ba dimpotrivă, aspiraţiile sexuale pierd din forţa lor şi în care multe lucruri, pe care până atunci copilul le făcea sau ştia, sunt abandonate sau uitate. În această perioadă, după ce înflorirea precoce a vieţii sexuale a trecut, se constituie aceste reacţii ale Eului – cum ar fi pudoarea, dezgustul, moralitatea – care sunt destinate să facă faţă furtunilor pubertăţii şi să îndiguiască aspiraţia sexuală care se deşteaptă. Această evoluţie în doi timpi a vieţii sexuale are fără îndoială o legătură profundă cu geneza bolilor nervoase. O astfel de evoluţie în doi timpi pare a se întâlni numai la om; poate că ea este condiţia acestui privilegiu al omului: nevroza. Preistoria vieţii sexuale a trecut cu totul neobservată înainte de apariţia psihanalizei, la fel ca şi, în alt domeniu, „hinterlandul" vieţii psihice conştiente. Veţi presupune, pe bună dreptate, că aceste două lucruri se află în strânsă legătură.

Cea dintâi perioadă a sexualităţii copilului comportă

multe concepte, moduri de exprimare, activități absolut surprinzătoare. Veți fi cu siguranță mirați să aflați, de exemplu, că băiețașul se teme, și cât de des se teme, să nu fie mâncat de tatăl său. (Nu sunteți și mai uimit văzând că așez această teamă printre manifestările sexualității?). Însă nu am decât să vă reamintesc de mitologia pe care ați învățat-o la școală și pe care poate n-ați uitat-o încă: zeul Cronos nu-și devora copiii? Prima dată când ați auzit această legendă mitologică, vi s-a părut probabil foarte ciudată! Dar cred că pe atunci nu ne-a dat prea mult de gândit nici unuia dintre noi. Ne amintim și alte legende în care o sălbăticiune, un lup de exemplu, mănâncă pe cineva și putem recunoaște acolo o modalitate deghizată de a-l reprezenta pe tată. Mă folosesc de ocazie ca să vă atrag atenția asupra unui lucru: mitologia și folclorul nu pot fi descifrate decât grație înțelegerii vieții sexuale infantile – iar acesta e un câștig accesoriu al studiilor analitice.

Veți fi la fel de surprins să auziți că băiețașul se teme ca nu cumva tatăl să-l priveze de micul său membru viril; în așa fel încât teama de castrare exercită o puternică influență asupra formării caracterului său și asupra orientării sexualității lui în general. Și în acesastă privință mitologia ne oferă motive să credem în psihanaliză. Același Cronos, care-și devoră copiii, l-a castrat pe tatăl său Uranus, fiind, la rândul său, castrat de fiul său Zeus, el însuși salvat datorită vicleniei mamei sale. Dacă sunteți înclinați să presupuneți că tot ce afirmă psihanaliza despre sexualitatea precoce a copiilor nu e decât rodul imaginației necontrolate a analiștilor, recunoașteți măcar că această imaginație a zămislit creații identice cu imaginația omului primitiv, ale cărei precipitate, ca să zicem așa, sunt miturile și legendele. Cealaltă ipoteză, mai adecvată cu teza noastră

şi, fără îndoială, mai conformă şi cu realitatea, ar fi următoarea: în sufletul copilului contemporan regăsim aceiaşi factori arhaici care, în perioadele de început ale civilizaţiei, aveau aveau o influenţă predominantă; copilul reface, pe scurt, în cursul dezvoltării sale psihice, evoluţia speciei, aşa cum embriologia ne-a demonstrat în ceea ce priveşte corpul.

Iată şi o altă caracteristică a sexualităţii infantile timpurii: organele genitale feminine propriu-zise nu joacă nici un rol – copilul nu le-a descoperit încă. Interesul e dirijat exclusiv către membrul viril, problema esenţială fiind prezenţa sau absenţa lui. Cunoaştem mai puţin viaţa sexuală a fetiţei decât pe cea a băieţelului. Să nu ne ruşinăm prea tare de acest lucru: chiar şi viaţa sexuală a femeii adulte e încă un continent necunoscut pentru psihologie. Am constatat însă că absenţa unui organ sexual echivalent cu al bărbatului e resimţită puternic, de fetiţă, ca o dovadă de inferioritate, şi că această „pizmuire a penisului" dă naştere la femeie la o întreagă serie de reacţii speciale.

La copil mai întâlnim ceva specific: cele două nevoi excrementiale capătă la el conotaţii sexuale. Ulterior, educaţia trasează o linie netă de demarcaţie: anumite „vorbe de duh" o şterg din nou. Chiar dacă asta ni se pare neplăcut, e nevoie de timp, după cum se ştie, înainte ca un copil să fie capabil să resimtă dezgust pentru ceva. Fapt pe care nu l-au negat nici aceia care susţin teza purităţii îngereşti a sufletului de copil.

Dar faptul care merită cea mai mare atenţie din partea noastră este următorul: copilul alege ca obiect al dorinţelor sale sexuale, de obicei, persoanele cu gradul de rudenie cel mai apropiat; în primul rând tatăl sau mama,

apoi frații sau surorile. Pentru băiat, primul obiect al dragostei e mama; pentru fete, tatăl; cu excepția situației când o dispoziție bisexuală favorizează în același timp și atitudinea opusă. Celălalt părinte e resimțit ca un rival stingheritor și devine adesea obiectul unei ostilități fățișe. Vă rog să rețineți exact: nu vreau să spun că, în această perioadă timpurie, copilul aspiră, din partea părintelui preferat, numai la acel gen de afecțiune în care vedem, la vârsta adultă, esența raporturilor dintre părinți și copii. Nu, analiza nu lasă nici o urmă de îndoială: dincolo de această afecțiune, dorințele copilului aspiră la tot ce noi înțelegem prin satisfacție senzuală, cel puțin în măsura în care este ea concepută de puterea de reprezentare a copilului. Copilul – e ușor de înțeles – nu ghicește niciodată adevărul privind uniunea dintre sexe, el îi substituie reprezentări emanate din propria lui experiență și din propriile lui senzații. De obicei, dorințele sale de maximă intensitate vizează acest scop: să aducă pe lume un alt copil sau – într-o manieră nebuloasă – să-l conceapă. Tot acest edificiu psihic noi îl numim, după binecunoascuta legendă greacă, **Complexul lui Oedip**. În mod normal, acest complex e abandonat la sfârșitul primei perioade sexuale a copilăriei, când ar trebui să fie în întregime demolat și transformat; rezultatele acestei metamorfoze sunt destinate unui rol privilegiat în viața psihică ulterioară. Dar cel mai adesea lucrurile nu se petrec așa până la capăt și la pubertate vechiul complex se redeșteaptă, ceea ce poate avea urmări grave.

Mă miră că nu spuneți nimic. Neîndoielnic, nu e un semn de aprobare. Susținând că primul obiect de dragoste al copilului e ales de el după modelul incestului, ca să folosim termenul exact, analiza a jignit din nou

sentimentele cele mai sacre ale oamenilor şi era de aşteptat să fie primită cu neîncredere, contestare şi acuzaţii aspre. Şi chiar de asta a avut parte. Nimic n-a contribuit mai mult la contestarea din partea contemporanilor decât complexul lui Oedip şi ridicarea lui la rangul de mod de a fi general şi specific uman. Mitul grec trebuie să fi avut de altminteri acelaşi sens, dar cei mai mulţi oameni de astăzi, cultivaţi sau nu, preferă să creadă că natura ne-a înzestrat cu o groază înnăscută faţă de incest, ca protecţie împotriva acestuia.

Istoria, înainte de toate, ne vine în ajutor. Când Iulius Cezar a pătruns în Egipt, a cunoscut-o pe regina Cleopatra – ce urma să joace curând un rol în viaţa lui – care era măritată cu fratele ei mai tânăr Ptolemeu. Faptul nu era neobişnuit pentru dinastia egipteană. Ptolemeii, greci de origine, nu făceau decât să perpetueze obiceiul urmat, de mii de ani, de vechii faraoni, predecesorii lor. Dar era vorba acolo numai de un incest între fraţi, care şi în zilele noastre e judecat cu mai puţină severitate. Să ne îndreptăm către mitologie, care e un martor esenţial când e vorba de moravurile timpurilor primitive. Mitologia ne arată că, în mitologia tuturor popoarelor, nu numai a grecilor, apar multe relatări privind dragostea sexuală între tată şi fiică, şi chiar fiu şi mamă. Atât cosmologia cât şi genealogia familiilor monarhice sunt fondate pe incest. Ce finalitate au aceste ficţiuni? vă veţi întreba. Pentru a-i stigmatiza pe zei şi pe monarhi, pentru a-i descrie ca pe nişte criminali, pentru a provoca repulsia oamenilor faţă de ei? Mai probabil pentru că dorinţele incestuoase fac parte din zestrea umană primitivă şi nu au fost niciodată depăşite cu totul: aşadar, li se acordă încă zeilor şi descendenţilor lor ceea ce nu mai este permis muritorilor de rând.

În perfect acord cu aceste informații oferite de istorie și mitologie, noi întâlnim dorința de incest, încă prezentă și activă astăzi, în copilăria individului.

– Aș putea să vă reproșez că ați încercat să păstrați pentru dumneavoastră toate aceste detalii privind sexualitatea infantilă. Ea devine într-adevăr foarte interesantă prin aceste raporturi cu istoria primitivă a omenirii.

– Mă temeam să nu merg prea departe vorbind despre tema noastră. Dar poate că asta prezintă și unele avantaje.

– Spuneți-mi acum: cât de sigure pot fi concluziile dumneavoastră analitice privind viața sexuală a copiilor? Nu cumva convingerea dumneavoastră se bazează numai pe concordanțele cu mitologia și istoria?

– Câtuși de puțin. Ea se bazează pe observația directă. Lucrurile s-au petrecut astfel: făcând analiza adulților, am dedus la început conținutul sexualității infantile, după trecerea a douăzeci până la patruzeci de ani de la perioada copilăriei; mai târziu am întreprins analize directe ale copiilor și am trăit bucuria unui adevărat triumf, văzând că se confirmă tot ceea ce ghicisem noi deja, în ciuda stratificărilor și deformărilor produse în perioada intermediară.

– Cum ați analizat copii mici, sub vârsta de șase ani? În primul rând, asta e posibil? În al doilea rând, nu-i așa că pentru copii e foarte neplăcut?

– Totul a mers de minune. Ceea ce se petrece cu un copil de patru-cinci ani e aproape de necrezut! La această vârstă, copiii sunt foarte dezghețați, prima perioadă sexuală e pentru ei și o epocă de înflorire intelectuală. Am impresia că, o dată cu instalarea perioadei de latență,

ei suferă şi o inhibiţie intelectuală, devenind mai proşti. De asemenea, în această perioadă mulţi copii îşi pierd graţia fizică. Cât despre neplăcerile pe care le-ar putea cauza o analiză timpurie, pot să vă spun că primul copil asupra căruia am întreprins – acum vreo douăzeci de ani – această experienţă, e astăzi un tânăr sănătos şi activ, care a traversat fără necazuri criza pubertăţii, în ciuda unor grave traumatisme psihice. E de sperat ca celelalte „victime" ale analizei precoce să nu se prezinte mai rău. Aceste analize ale copiilor sunt interesante sub mai multe aspecte şi poate că în viitor vor căpăta mai multă importanţă. Valoarea lor teoretică e indiscutabilă. Ele răspund la neclarităţi, la întrebări care în analizele adulţilor rămân fără răspuns,şi feresc astfel analistul de erori cu consecinţe grave. Acolo înţelegi pe viu factorii generatori ai nevrozei, n-ai cum să nu-i recunoşti. Fără îndoială că, în interesul copilului, influenţa analitică trebuie, să fie completată cu procedee educative. Această tehnică aşteaptă încă să fie pusă la punct. O observaţie de mare interes practic: un mare număr dintre copiii noştri traversează, în cursul dezvoltării lor, o fază categoric nevrotică. Am învăţat să vedem mai bine şi suntem acum înclinaţi să considerăm nevroza infantilă nu ca o excepţie, ci ca o regulă; s-ar părea că, pe drumul care duce de la mentalitatea primară a copilului la cea a civilizatului adaptat la viaţă socială, nevroza e, ca să spunem aşa, inevitabilă. În cele mai multe cazuri, această criză nevrotică a copilăriei pare să se stingă de la sine; dar nu persistă totuşi vestigii chiar şi la cei care sunt relativ sănătoşi? Dimpotrivă: la nici un nevropat adult nu lipseşte legătura cu nevroza infantilă, care, la vremea ei, n-a avut nevoie să fie prea vizibilă. În mod asemănător, mi se pare mie, patologia susţine astăzi că

toți oamenii au fost atinși de tuberculoză în copilărie. Dar pentru nevroză nu se pune problema vaccinării, și nici aceea a predispoziției congenitale.

Revin acum la întrebarea pe care mi-ați pus-o privitor la certitudinea problemelor noastre. Suntem convinși în general, ca urmare a observării drecte a copiilor, că am interpretat în mod corect ceea ce ne relatează adulții despre copilăria lor. Într-o serie de cazuri, am obținut confirmarea și pe altă cale. Am reconstituit, grație materialului furnizat de analiză, anumite circumstanțe exterioare, anumite evenimente impresionante din copilărie, care nu s-au păstrat în memoria conștientă a bolnavului; ulterior, întâmplări favorabile, anchete efectuate asupra părinților sau a altor persoane care fuseseră în anturajul copilului, ne-au adus dovada irefutabilă că evenimentele se desfășuraseră întocmai cum le-am reconstituit noi. Se înțelege, n-am avut prea des această șansă, dar, atunci când ea ne-a surâs, am trăit un sentiment copleșitor. Trebuie să știți: reconstituirea corectă a evenimentelor infantile șterse din memoria conștientă are întot-deauna un mare efect terapeutic, fie că ea va primi sau nu o confirmare exterioară obiectivă. Importanța acestor evenimente se datorează faptului că au fost foarte timpurii și s-au petrecut într-o perioadă când puteau acționa ca niște traumatisme asupra unui Eu inconsistent.

– *Și ce gen de evenimente trebuie să regăsească analiza astfel?*

– Ele pot fi diverse. Înainte de toate, impresiile capabile să influențeze durabil viața sexuală incipientă a copilului: observarea relațiilor sexuale dintre adulți, experiențe sexuale personale cu un adult sau cu un alt copil – ceea ce nu e un caz foarte rar! – sau discuții auzite

de copil pe care le înțelege atunci sau mai târziu, amintindu-şi-le, în care i se pare că găseşte informații despre lucruri misterioase şi tulburătoare, în fine, spuse sau acțiuni ale copilului însuşi, prin care se manifestau sentimente semnificative, tandre sau ostile, față de alte persoane. E de o importanță capitală ca, în timpul analizei, să se ajungă ca bolnavul să-şi reamintească de propria sa activitate sexuală infantilă uitată, precum şi de intervențiile prin care adulții l-au făcut să înceteze această activitate.

– *Acum e momentul să vă pun o întrebare care îmi stă de mult pe buze. În ce constă deci „activitatea sexuală" a copilului în această primă fază de înflorire a sexualității, care, după cum spuneți, a trecut neobservată înainte de apariția analizei?*

– Esențialul acestei activități sexuale nu trecuse neobservat; nici nu e de mirare, căci era imposibil să n-o observi! Trăirile sexuale ale copilului se exprimă în principal prin autosatisfacere, grație excitării propriilor organe genitale, în fapt a părții lor masculine (penis, respectiv clitoris). Extraordinara răspândire a acestui „obicei urât" al copilului a fost întotdeauna cunoscută de adulți, iar „urâtul obicei" a fost considerat întotdeauna un păcat grav şi pedepsit cu asprime. Nu mă întrebați cum s-a putut împăca această constatare a înclinațiilor imorale ale copiilor – căci, după cum mărturisesc ei înşişi, copiii fac asta fiindcă le produce plăcere – cu teoria despre puritatea lor înnăscută şi absența oricărei senzualități! Rugați-i pe adversarii mei să vă explice! Noi avem de răspuns la o întrebare mai importantă: ce atitudine trebuie să adoptăm față de activitatea sexuală din prima copilărie? Ştim bine ce responsabilitate ne asumăm dacă o interzicem, şi totuşi

nu îndrăznim s-o lăsăm să se mani-feste fără îngrădiri. Se pare că popoarele mai puţin civilizate, precum şi straturile cele mai de jos ale naţiilor civilizate nu reprimă sexualitatea copiilor lor. Se realizează astfel, neîndoielnic, o protecţie eficace contra unei nevroze individuale ulterioare; dar nu se produce totodată o încălcare a normelor de civilizaţie? Ai impresia că te afli între Scylla şi Charibda.

Vă propun acum să găsiţi răspuns singur la următoarea întrebare: interesul deşteptat nevropaţilor de studiul vieţii sexuale generează oare o atmosferă favorabilă lubricităţii?

V

– Cred că înţeleg intenţiile dumneavoastră. Vreţi să-mi arătaţi ce cunoştinţe sunt necesare pentru a exercita analiza, ca să pot aprecia singur dacă ea poate fi practicată exclusiv de medici. Or, până aici, nu prea a fost vorba de chestiuni medicale; aţi amintit în schimb de multe aspecte psihologice şi un pic de biologie sau de ştiinţă sexuală. Sau poate că nu am ajuns la capătul discuţiei noastre?

– Fără îndoială că nu. Mai avem de completat nişte lacune. Pot să va fac o rugăminte? Vreţi să-mi spuneţi acum în ce fel vă reprezentaţi o cură analitică? Descrieţi-o ca şi cum ar trebui s-o practicaţi chiar dumneavoastră asupra unui pacient.

– O să fie caraghios! Desigur, n-am intenţia de a finaliza controversa noastră făcând o asemenea experienţă. Dar am să fac ce mi-aţi cerut: răspunderea va fi a dumneavoastră! Presupun deci că bolnavul ajunge

la mine şi mi se plânge de necazurile lui. Îi promit vindecarea sau ameliorarea, cu condiţia să-mi dea ascultare. Îi pretind să-mi comunice, cu maximă sinceritate, atât ceea ce ştie cât şi ceea ce-i trece prin minte şi să nu se lase impiedicat de nimic în atingerea acestui scop, nici când va avea de spus ceva ce i se pare foarte neplăcut. Am priceput corect această regulă?

– Da. Dar ar trebui să adăugaţi: nici dacă va avea de spus ceva ce i se pare fără importanţă sau absurd.

– Bineînţeles. Aşadar, el începe să vorbească, eu ascult. Ce urmează? Din ce-mi relatează, eu deduc ce impresii, ce evenimente, ce emoţii a refulat el, din cauză că le-a întâlnit într-o vreme când Eul său, fiind slab, s-a temut de ele în loc să le înfrunte. Când îi aduc acest lucru la cunoştinţă, el se plasează din nou în situaţia de atunci şi, graţie ajutorului meu, o scoate la capăt mult mai bine. Graniţele între care fusese constrâns Eul său să se restrângă sunt anulate şi el este vindecat. Aşa este?

– Bravo! Bravo! Cred că mi se va reproşa din nou că am format un analist care nu e medic! Aţi prins totul foarte bine.

– N-am făcut decât să repet tot ce mi-aţi spus, ca atunci când reciţi o poezie pe dinafară. Nu pot totuşi să-mi închipui cum m-aş apuca de aşa ceva şi nu înţeleg deloc de ce această muncă pretinde câte o oră pe zi, timp de luni de zile. Cred că un om obişnuit n-a trăit atât de multe întâmplări, iar în ce priveşte trăirile refulate în copilărie, fără îndoială că sunt aceleaşi la toţi oamenii.

– Practicând efectiv analiza, afli o mulţime de lucruri. De exemplu: n-o să vi se pară atât de simplu pe cât credeţi acum să deduceţi, după cele relatate de pacient, ce evenimente a uitat, ce forţe pulsionale a refulat el. Vă

spune tot felul de lucruri care la început sunt la fel de lipsite de sens pentru dumneavoastră ca şi pentru el. Trebuie să vă hotărâți să examinați dintr-o perspectivă cu totul aparte elementele pe care analiza vi le pune la dispoziție pentru prelucrare. Aveți acolo un fel de mineral al cărui conținut de metal prețios urmează să-l extrageți prin procedee speciale. Să fiți deci pregătit pentru a prelucra multe tone de mineral care nu conține decât un strop din metalul prețios căutat. Iată cel dintâi motiv pentru care tratamentul durează mult.

– *Cum se lucrează cu acestă materie brută, ca să folosesc comparația dumneavoastră?*

– Plecând de la această ipoteză: ceea ce vă povesteşte bolnavul, precum şi tot ceea ce-i vine în minte în cursul analizei, reprezintă desfigurări, metamorfoze a ceea ce căutați, oarecum un fel de aluzii în spatele cărora sunteți nevoit să ghiciți ce se ascunde. Pe scurt, trebuie *să interpretați* aceste elemente, fie că e vorba de amintiri, idei subite sau vise. Datorită cunoştințelor tehnice ale dumneavoastră, vă formați, în timp ce ascultați, anumite orizonturi de aşteptare, după care vă conduceți în această muncă.

– *„Să interpretez"! Ce cuvânt urât! Îmi displace. În felul ăsta îmi răpiți orice urmă de certitudine. Dacă totul depinde de interpretarea mea, cine îmi garantează atunci că interpretez corect? Totul rămâne astfel la discreția mea.*

– Încetişor! Lucrurile nu merg chiar aşa de rău. De ce ați voi ca propriile dumneavoastră procese psihice să nu se supună legilor pe care le recunoaşteți în procesele psihice ale altora? După ce veți câştiga o bună stăpânire de sine şi veți dispune de cunoştințe adecvate, interpretările pe care le veți face vor deveni independente de particularitățile

dumneavoastră personale şi vor atinge ţinta vizată. Nu zic că, în această privinţă, personalitatea analistului nu are un rol. E necesară, aş zice, o anumită fineţe a auzului, pentru a discerne vocea refulatului incon-ştient, şi nu toţi posedă această calitate în aceeaşi măsură. Şi, înainte de toate, analistul are datoria de a se fi lăsat analizat el însuşi profund, pentru a fi capabil să primească fără prejudecăţi elementele analitice pe care i le aduc alţii. Mai rămâne întotdeauna „ecuaţia personală", cum se spune în observaţiile astronomice, şi acest factor individual va juca întotdeauna în psihanaliză un rol mai important decât oriunde. Un om normal poate deveni un bun fizician; dar, acelaşi om, dacă va fi analist, va fi împiedicat de propriile sale anomalii să vadă imagini ale vieţii psihice fără a le deforma. Cum nimeni nu poate fi convins că e anormal, va fi extrem de greu de obţinut un acord general în materie de psihologie a profunzimilor. Sunt destui psihologi care apreciază chiar situaţia ca fiind fără soluţie şi cred că orice prost are dreptul de a-şi afişa prostia ca pe o supremă înţelepciune. Mărturisesc că eu sunt mai optimist. Căci experienţa noastră ne-a demonstrat că şi în psihologie se poate ajunge la un acord mulţumitor. Fiecare domeniu de investigaţie are dificultăţile lui specifice pe care se străduieşte să le învingă. În plus, în arta de interpretare specifică psihanalizei – ca şi în alte ştiinţe – multe lucruri se pot învăţa; de exemplu, tot ce priveşte strania reprezentare indirectă prin intermediul simbolurilor.

– Acum chiar că nu mai am vreo dorinţă – nici măcar teoretic – de a întreprinde asupra cuiva un tratament analitic! Cine ştie ce surprize s-ar putea să mă mai aştepte!

– Bine faceţi că renunţaţi la un asemenea plan.

Începeți să vă dați seama câte lucruri aveți de învățat, atât în teorie cât și în practică. Să mergem mai departe... În clipa când ați găsit interpretarea corectă, aveți în față o altă obligație. Trebuie să așteptați momentul propice pentru a-i împărtăși bolnavului interpretarea dumneavoastră, dacă vreți să vă atingeți scopul propus.

– *Și după ce cunoaștem momentul propice?*

– E o problemă de tact, iar tactul se poate rafina mult prin contribuția experienței. Ați face o greșeală enormă dacă, de exemplu, din dorința de a scurta analiza, i-ați turna așa, deodată, pacientului interpretarea imediat ce ați găsit-o. Veți obține de la el manifestări de rezistență, de refuz, de indignare, dar nu veți obține ce vă interesează: ca Eul lui să intre în posesia a ceea ce era refulat. Regula este să așteptați ca el să se apropie atât de mult de acest final, încât, călăuzit de dumneavoastră, și de interpretarea dumneavoastră, să nu mai aibă decât un pas de făcut.

– *Cred că nu voi învăța niciodată metoda asta! Și după ce mi-am luat toate aceste precauții cerute, ce se mai întâmplă?*

– Vă rămâne să faceți o descoperire la care nu vă așteptați.

– *Ce descoperire?*

– Că v-ați înșelat în ce-l privește pe bolnavul dumneavoastră. Că nu trebuie să contați pe cooperarea lui și nici pe docilitatea lui, că el este gata să vă pună bețe-n roate la tot pasul, pe scurt: că n-ar deloc chef să se vindece.

– *Nu se poate! E cel mai trăsnit lucru pe care m-ați făcut să-l aud! Dealtminteri nici nu-l cred. Acest bolnav care suferă atât de mult, care se plânge de necazurile lui atât de patetic, care face sacrificii așa de mari pentru a urma tratamentul – să nu vrea să se vindece! Nu cred că*

asta aţi vrut să spuneţi.

– Veniţi-vă în fire, chiar asta am vrut să spun. Am spus purul adevăr, desigur, nu integral, dar o mare parte din acest adevăr. De fapt, bolnavul vrea să se vindece, se-nţelege, dar în egală măsură vrea şi să nu se vindece. Eul său şi-a pierdut unitatea, şi ăsta e motivul pentru care el nu poate construi o voinţă unică. Dacă ar fi altfel, n-ar fi un nevropat. „Dacă aş fi fost prudent, nu eram Wilhelm Tell", cum spune eroul lui Schiller. Vlăstarele refulatului au irupt în Eu şi îşi fac simţită prezenţa acolo; or, asupra tendinţelor având o asemenea origine, Eul n-are mai multă putere decât asupra refulatului însuşi şi nici nu înţelege de obicei natura lor. Căci aceşti bolnavi sunt de o specie aparte şi ne creează dificultăţi la care nu ne aşteptăm de obicei. Toate instituţiile noastre sociale sunt croite pe măsura unor indivizi având un Eu normal unificat, Eu care e calificat drept „bun" sau „rău", Eu care fie îşi îndeplineşte funcţia sa, fie este îndepărtat de la exercitarea ei de o influenţă atotputernică. De unde şi alternativa juridică: responsabil sau iresponsabil. Aceste distincţii tranşante nu se potrivesc la nevropaţi. Trebuie s-o mărturisim: nu e un lucru uşor să punem de acord exigenţele societăţii cu starea lor psihologică. S-a văzut asta la proporţii de masă în timpul războiului mondial. Nevropaţii care se sustrăgeau serviciului militar erau simulanţi sau nu? Erau şi nu erau. Când erau trataţi ca nişte simulanţi, ceea ce le făcea starea de boală foarte antipatică, se vindecau; dar, dacă unul dintre aceşti aşa-zişi vindecaţi era trimis pe front, el efectua rapid o nouă „fugă în maladie". Nu ştiai cum să procedezi cu ei. Aceşti bolnavi ridică aceleaşi probleme şi în viaţa civilă. Se plâng îngrozitor de boala lor, dar se servesc de ea până la epuizarea forţelor;

dacă vrei să-i scapi de boală, o apără la fel cum leoaica își apără puii. Și nu e cazul să le reproșezi această contradicție.

– *Dar atunci n-ar fi mai bine de a nu-i mai trata deloc pe acești indivizi dificili și de a-i lăsa de capul lor? Nu pot crede că merită efortul de a te chinui atâta cu fiecare dintre acești bolnavi.*

– Nu pot subscrie la această propunere. E cu siguranță mai drept să înfruntăm complicațiile vieții decât să încercăm a le ocoli. Poate că nu toți nevropații pe care-i tratăm sunt demni de eforturile analistului, dar există totuși printre ei oameni de mare valoare. Trebuie să ne fixăm acest țel: să reducem la minimum numărul indivizilor care abordează viața civilizată insuficient înarmați contra ei; iar pentru asta trebuie să culegem un număr mare de observații și să învățăm să înțelegem cât mai mult. Fiecare analiză poate fi instructivă, ne poate aduce noi lămuriri, indiferent de valoarea personală a bolnavului.

– *Totuși, când în Eul bolnavului apare o forță volitivă ce urmărește conservarea bolii, ea trebuie să se bazeze pe ceva, să aibă o motivare, care să o justifice într-un fel oarecare. Nu e de înțeles ca cineva să vrea să fie bolnav și nici ce beneficiu îi aduce asta.*

– Nu trebuie să căutați explicația prea departe. Gândiți-vă la nevrozele de război, la acei nevropați care nu mai erau obligați să servească în armată fiindcă erau bolnavi. În viața civilă, boala poate deveni un paravan după care îți poți ascunde inferioritatea pe plan profesional sau în concurența cu rivalii; în familie, ea poate deveni un mijloc de a constrânge pe alții la sacrificii, la a-ți face dovezi de dragoste sau pentru a-ți impune voința. Aceste lucruri sunt foarte aproape de suprafața inconștientului și le înglobăm sub termenul de „beneficiu al bolii". E totuși

ciudat că bolnavul, că Eul său ignoră total legătura strânsă dintre asemenea motivaţii şi acţiunile sale, aceste acţiuni părând să se desfăşoare după o logică a lor proprie. Poate fi combătută influenţa acestor tendinţe obligând Eul să ia cunoştinţă de ele. Dar mai există şi alte motivaţii, mai profunde, de a se crampona de boală, mobiluri cărora e mai greu să le vii de hac. Dar fără o nouă incursiune în domeniul teoriei psihologice nu putem pricepe natura acestor din urmă motivaţii.

– *Daţi-i drumul! Ce mai contează acum un pic de teorie în plus?*

– Când am analizat pentru dumneavoastră relaţiile existente între Eu şi Sine, am trecut sub tăcere o mare parte din doctrina noastră privind aparatul psihic. Căci trebuie să vă spun că am fost obligaţi să admitem că, chiar în interiorul Eului, există o instanţă aparte, pe care am numit-o Supraeu. Acest Supraeu ocupă o situaţie specială între Eu şi Sine. El aparţine de Eu, beneficiază de înalta lui organizare psihologică, dar e într-o relaţie foarte intimă cu Sinele. El e în realitate o rămăşiţă a primelor elanuri autoerotice, moştenitor al complexului lui Oedip după disoluţia acestuia. Acest Supraeu se poate opune Eului, tratându-l ca pe un obiect exterior – şi chiar îl tratează adesea foarte dur. Pentru Eu e la fel de important să fie în relaţii armonioase atât cu Supraeul cât şi cu Sinele. Disensiunile dintre Eu şi Supraeu au o mare însemnătate pentru viaţa psihică. Aţi ghicit deja că Supraeul este depozitarul a ceea ce numim conştiinţă morală. Pentru sănătatea psihică e foarte important ca Supraeul să se fi dezvoltat normal, adică să fi devenit suficient de impersonal. Ceea ce nu e cazul la nevrotic, la care complexul lui Oedip n-a suferit metamorfoza necesară: Supraeul său

a rămas, faţă de Eu, ca un tată sever pentru copilul său, şi educaţia sa se exercită într-un mod primitiv: Eul trebuie să se lase pedepsit de către Supraeu. Boala e folosită ca mijloc de a realiza această „autopedepsire"; nevroticul trebuie să se comporte ca şi cum ar fi în prada unui sentiment de culpabilitate care, pentru a fi anulat, ar avea nevoie de boală ca de o pedeapsă.

– *Iată ceva de-a dreptul misterios! Cel mai ciudat lucru în povestea asta e că această forţă a conştiinţei morale a bolnavului nu trebuie nici ea să devină conştientă.*

– Abia acum începem să pricepem sensul tuturor acestor relaţii importante. Dar pentru a ajunge aici, expozeul meu trebuia să treacă prin această fază obscură. Acum pot continua. Noi denumim toate forţele care se opun muncii de vindecare „rezistenţele" bolnavului. „Beneficiul"cu care se alege de pe urma bolii e sursa primei rezistenţe; „sentimentul inconştient de culpabilitate" reprezintă rezistenţa Supraeului, care e forţa cea mai puternică şi cea mai temută de noi. În timpul tratamentului mai întâlnim şi alte rezistenţe. Când Eul, în prima copilărie, a recurs la refulare din cauza fricii, această frică persistă şi se exteriorizează prin rezistenţă de fiecare dată când Eul trebuie să se apropie de refulat. Mai aveţi în vedere faptul că, atunci când un proces pulsional, care urma de decenii un anume drum, trebuie să-l părăsească brusc spre a porni pe altul, care i se deschide, aceasta se împlineşte cu mare dificultate; putem vorbi aici de o rezistenţă a Sinelui. Lupta contra tuturor acestor rezistenţe e sarcina principală a curei analitice, iar sarcina de a face interpretări păleşte pe lângă ea. Dar tocmai această luptă şi depăşirea rezistenţelor modifică Eul bolnavului şi îl

fortifică în asemenea măsură, încât, la sfârşitul curei, putem aştepta fără teamă comportamentul său în viitor. Veţi înţelege de altfel acum mai bine de ce tratamentul e aşa de lung. Lungimea drumului de parcurs şi multitudinea elementelor de tratament nu sunt cauza principală a duratei. Cel mai important lucru e ca drumul să fie liber. În timp de pace, parcurgi un anumit drum în două ore cu trenul; în timp de război, pe acelaşi traseu, o armată poate fi întârziată săptămâni întregi de rezistenţa inamicului. Asemenea lupte cer mult timp şi în domeniul psihic. Trebuie să constat că, din păcate toate eforturile depuse de a scurta cura analitică au dat greş până acum. Cel mai bun mijloc de a o scurta poate fi o cât mai corectă exercitare a ei.

– Chiar dacă aş fi avut o cât de mică dorinţă de a practica meseria dumneavoastră şi de a încerca eu însumi să analizez pe cineva, acest expozeu despre „rezistenţe" m-ar fi lecuit definitiv. Dar ce se întâmplă cu influenţa personală a analistului, despre care aţi afirmat că are de asemenea un rol? Nu acţionează ea împotriva acestor rezistenţe?

– E bine că aţi adus vorba de acest aspect. Această influenţă personală e cea mai puternică armă dinamică a noastră; ea este elementul nou, introdus de noi în contextul psihologic existent, şi adevăratul motor al curei. El n-ar putea fi înlocuit pur şi simplu de explicaţiile noastre, căci bolnavul, care e influenţat de prejudecăţile mediului ambiant, nu ne va da crezare mai mult decât criticii noştri din lumea ştiinţifică. Nevroticul se angajează la munca sa din credinţa pe care o are în analist, şi crede în acesta ca efect al unei atitudini sentimentale aparte pe care o dobândeşte faţă de el. La fel cum un copil nu crede decât

în persoanele de care e ataşat. V-am spus deja în ce direcție utilizăm noi această foarte puternică influență „sugestivă". Nu o folosim ca să înăbuşim simptomele – aspect care deosebeşte analiza de alte metode psihoterapeutice –, ci ca o forță motrice ce permite Eului bolnavului să depăşească rezistențele.

– *Iar când acest lucru vă reuşeşte, lucrurile se-ndreaptă?*

– Da, aşa ar trebui să fie. Dar se iveşte atunci o complicație neaşteptată. Probabil cea mai mare surpriză de care s-a izbit analistul: sentimentul pe care bolnavul începe să i-l poarte e de o natură cu totul specială. Primul medic care a întreprins o analiză – nu eram eu acela – s-a confruntat deja cu acest fenomen, şi a fost descumpănit. Acest sentiment este, efectiv, s-a spunem clar, de natură amoroasă. Ce lucru ciudat, nu-i aşa? Mai ales dacă nu gândim că analistul nu face nimic ca să-l provoace, că, dimpotrivă, nu stă aproape de persoana pacientului şi adoptă o atitudine rezervată; şi mai rețineți în plus că acest sentiment ciudat nu e influențat de condițiile reale care în mod obişnuit favorizează sau defavorizează dragostea: atracție personală, vârstă, sex, stare socială. Această dragoste se defăşoară în întregime în formă obsesională. Desigur, acest caracter apare şi în altă formă de dragoste, în dragostea spontană; dar contrariul este mult mai frecvent; în situația analitică însă, această dragoste în formă obsesională este regula, şi nu putem găsi o explicație rațională. Ne-am fi aşteptat ca relația bolnavului cu analistul să implice o anume doză de respect, de încredere, de recunoştință şi de simpatie umană. În locul lor, apare această dragoste, care face ea însăşi impresia unei manifestări maladive.

– *Iată ceva ce ar trebui să favorizeze cura analitică!*

Cine iubeşte e supus şi gata de orice din dragoste.

– Da, aşa e la început, dar apoi, când capătă o formă mai intensă, natura reală a sentimentului iese la iveală, şi atunci se vede clar că acest sentimet e din multe puncte de vedere incompatibil cu analiza. Dragostea pacientului nu se mai mărgineşte să se supună, devine pretenţioasă, cere dovezi de afecţiune şi de senzualitate, cere exclusivitate; pacientul devine gelos, îşi arată din ce în ce mai mult latura negativă, ostilitatea şi spiritul de vendetă care mocneşte sub crusta oricărei iubiri care nu poate ajunge la obiectul său. Totodată, la fel ca orice dragoste, acest sentiment exclude orice alt conţinut care ar putea locui sufletul: el înlătură interesul pentru cură şi vindecare, pe scurt, nu ne putem îndoi de acest lucru, această dragoste se instalează în locul nevrozei şi rezultatul muncii noastre e că o formă morbidă a fost înlocuită de alta.

– Situaţia mi se pare disperată. Ce se mai poate face? Abandonăm analiza? Însă din moment ce, aşa cum spuneţi, acest fenomen apare mereu, înseamnă că nici o analiză nu poate fi dusă până la capăt.

– Mai întâi să ne folosim de această situaţie pentru a trage învăţăminte. Ceea ce permite ea să înţelegem ne va ajuta să o stăpânim. Nu e un fapt foarte remarcabil că ne stă în puteri să prefacem orice fel de nevroză într-o stare de dragoste maladivă?

Convingerea noastră că la baza nevrozelor se regăseşte întotdeauna un fragment de viaţă amoroasă afectată grav este confirmată, definitiv, de fenomenul semnalat mai sus. Ca urmare, ne vom reveni din buimăceală şi ne vom lua inima-n dinţi, alegând chiar această dragoste maladivă drept obiect al analizei. Mai putem remarca un lucru. Dragostea „analitică" nu se manifestă în toate

cazurile așa de clar și de net cum am încercat să v-o descriu eu. De ce? Vom înțelege imediat. Exact în măsura în care tendințele senzuale și tendințele ostile ale dragostei sale încearcă să se manifeste, se deșteaptă, la bolnav, o opoziție față de ele. El luptă contra lor și, sub ochii noștri, încearcă să le refuleze. Și abia acum înțelegem ce se petrece. Sub forma acestei iubiri pentru analist, bolnavul *repetă* evenimentele psihice pe care le-a mai trăit o dată – el a *transferat* asupra analistului atitudini psihice care erau deja cristalizate în el și sunt în strânsă relație cu nevroza sa: el repetă sub ochii noștri și reacțiile sale de apărare de atunci; i-ar plăcea să reproducă, în raporturile lui cu analistul, toate vicisitudinile acelei perioade uitate din viața sa. Ceea ce ne face să vedem este deci nucleul poveștii sale intime, *el o reproduce într-un mod palpabil, viu, în loc de a și-o aminti*. Astfel această enigmă: *dragostea de transfer,* e dezlegată, și analiza poate continua tocmai grație ajutorului dat de noua situație, care le început părea să-i amenințe desfășurarea.

– Și bolnavul va crede cu ușurință când îi spuneți că nu e cu adevărat îndrăgostit, ci numai constrâns să rejoace o piesă veche?

– Depinde. Analistul își pune în joc toată abilitatea sa în mânuirea transferului pentru a atinge acest scop. După cum vedeți, exigențele tehnicii analitice ating aici punctul lor culminant. Aici se pot comite greșeli grave, după cum se pot obține și cele mai mari succese. O încercare de a înăbuși sau a neglija transferul, pentru a evita dificultățile, ar fi absurdă; acest procedeu, la care unii au recurs, nici nu ar merita numele de analiză. După cum, gestul de a concedia bolnavul când își fac apariția neplăcutele manifestări ale nevrozei de transfer nu are nici el

un sens. Iar pe deasupra ar fi şi o laşitate, te-ai purta ca unul care, invocând spiritele, o ia la fugă atunci când ele îşi fac apariţia. Ce-i drept, uneori eşti constrâns să faci acest gest; există cazuri în care nu poţi stăpâni transferul o dată dezlănţuit, şi în care trebuie să întrerupi analiza; dar trebuie măcar să lupţi mai întâi din toate puterile contra spiritelor rele. Nu numai că a ceda pretenţiilor pe care transferul i le inspiră pacientului, a-i satisface aspiraţiile tandre sau senzuale este interzis de considerente morale justificate, dar această cale e şi total improprie ca mijloc tehnic pentru atingerea scopului analizei. Nevroticul nu poate fi vindecat pur şi simplu permiţându-i să reproducă, fără retuşuri, un clişeu inconştient preexistent. Lăsându-te antrenat în compromisuri, oferindu-i bolnavului o satisfacţie parţială în schimbul colaborării lui ulterioare la munca analitică, rişti să te afli în situaţia ridicolă a preotului care trebuie să convertească un agent de asigurări bolnav: bolnavul va rămâne necredincios, în schimb preotul se va întoarce acasă asigurat. Singura ieşire din situaţia creată de transfer rămâne asta: să raportezi totul la trecutul bolnavului, aşa cum l-a trăit el în realitate sau cum şi l-a construit în imaginaţia sa, slujitoare fidelă a propriilor sale dorinţe. Iar această sarcină pretinde, din partea analistului, multă îndemnânare şi răbdare, calm şi abnegaţie.

– *Şi când ar fi putut nevroticul să trăiască deja dragostea–prototip ce se reeditează în dragostea de tranfer?*

– În copilărie, de obicei în raporturile sale cu unul din părinţi. Vă amintiţi ce importanţă a trebuit să atribui tuturor acestor prime relaţii afective. Astfel cercul se închide aici.

– *Sper că prezentarea dumneavoastră se încheie, în fine. Mărturisesc că nu prea mă mai descurc cu atâtea*

informaţii. V-aş ruga să-mi spuneţi: unde şi cum se învaţă tot ce trebuie ştiut pentru a întreprinde analiza asupra pacienţilor?

– La ora actuală există două institute în care se predă doctrina psihanalitică. Primul, cel de la Berlin, a fost organizat de dr. Max Eitingon, pentru Societatea psihanalitică din Berlin. Al doilea e întreţinut de Societatea psihanalitică din Viena prin mijloacele ei financiare, cu preţul unor mari sacrificii. Rolul autorităţilor se rezumă deocamdată la a pune bețe-n roate acestor iniţiative. Un al treilea institut didactic se va deschide curând la Londra, sub conducerea dr. E. Jones. În aceste institute, candidaţii sunt obiectul unei analize, primesc o pregătire teoretică în cadrul unor cursuri care tratează toate subiectele care îi interesează şi profită de experienţa analiştilor mai vechi când efectuează, sub supravegherea lor, primele lor încercări de analiză a unor cazuri mai uşoare. E nevoie de circa doi ani pentru a forma astfel un analist. Bineînţeles că, după acest interval, eşti doar un începător, nu un maestru. Ceea ce îţi mai lipseşte trebuie câştigat prin exercitarea analizei şi prin frecventarea societăţilor psihanalitice, în care membrii mai tineri se întâlnesc cu cei mai în vârstă, care le împărtăşesc din experienţa lor. Pregătirea pentru activitatea analitică nu e deloc simplă şi confortabilă, munca e grea şi răspunderea asumată uriaşă. Dar cel care se supune rigorilor acestei munci, a fost supus analizei, înţelege psihologia inconştientului, aşa cum este ea concepută astăzi, obţine cunoştinţe privind ştiinţa vieţii sexuale, care învaţă tehnica delicată a psihanalizei, arta interpretării, lupta contra rezistenţelor şi dirijarea transferului – *acela nu mai este un profan în domeniul psihanalizei.* El a devenit capabil să facă tratamentul

tulburărilor nevrotice şi va putea, cu timpul, să realizeze în această direcţie tot ce suntem îndreptăţiţi să aşteptăm de la această terapeutică.

VI

– Aţi făcut un efort considerabil pentru a-mi dezvălui ce este psihanaliza şi ce cunoştinţe sunt necesare pentru a o exercita cu mari şanse de succes. Nu regret că v-am ascultat! Dar nu ştiu ce influenţă vă propuneţi să aibă explicaţiile dumneavoastră asupra modului meu de a judeca. Mi se pare că nu ne aflăm în faţa unui caz ieşit din comun. Nevrozele sunt un gen de boală anume, analiza e metoda specială pentru tratarea lor, o specialitate medicală. E ceva obişnuit ca un medic care a ales o anumită specialitate să nu se mulţumească cu nivelul de cunoş-tinţe pe care îl atestă diploma sa. Mai ales dacă doreşte să se stabilească într-un mare oraş, singurul care poate forma un specialist. Cine vrea să devină chirurg caută să lucreze câţiva ani într-o clinică chirurgicală; la fel cu oculistul, laringologul etc. şi mai ales cu psihiatrul – care poate că nu va mai ieşi niciodată din azilul sau din sanatoriul unde îşi face meseria. Acelaşi lucru şi cu psihanalistul; cine îşi alege această specialitate nouă va trebui să se decidă, o dată studiile medicale terminate, să mai petreacă la un institut didactic cei doi ani de care vorbeaţi adineauri, dacă e adevărat că e nevoie de atât de mult timp! Atunci îşi va da seama că îi foloseşte să păstreze legătura cu colegi lui, frecventând o societate psihanalitică – şi totul va fi în regulă. Nu văd unde se iveşte aici problema analizei practicate de non-medici.

– Medicul care ar face tot ce aţi promis acum în numele lui va proceda cum nu se poate mai bine. Permiteţi-mi totuşi să vă descriu care au fost în general adevăratele raporturi dintre medici şi psihanaliză şi ce previziuni putem schiţa prin prisma acestor raporturi. Medicii n-au nici un drept de monopol asupra psihanalizei; mai mult, până ieri ei s-au folosit de toate mijloacele – de la ironiile cele mai stupide până la cele mai oribile calomnii – pentru a-i provoca ne-ajunsuri. Veţi spune că acestea aparţin trecutului şi nu pot influenţa viitorul. De acord. Dar teamă mi-e ca viitorul să nu fie altfel decât l-aţi prezis acum câteva clipe. Permiteţi-mi să redau cuvântului „şarlatan" sensul ce i se cuvine, în loc de sensul său legal. În faţa legii, e şarlatan acela care îngrijeşte bolnavi fără să posede o diplomă medicală de stat. Aş prefera o altă definiţie: şarlatan e acela care întreprinde un tratament fără să dispună de cunoştinţele şi calităţile necesare. Bazându-mă pe această definiţie, voi îndrăzni să pretind că medicii furnizează practicii pihanalitice un contingent apreciabil de şarlatani – şi nu numai în Europa. Aceştia exercită de obicei analiza fără s-o fi asimilat şi fără s-o priceapă deloc.

În zadar veţi protesta, zicând că e imposibil să atribuim medicilor o asemenea lipsă de conştiinţă; că un medic ştie prea bine că o diplomă nu e o scrisoare de garanţie iar bolnavul e apărat de lege; şi, ca atare, că putem aprecia că medicul acţionează de bună-credinţă chiar şi când greşeşte. Dar faptele sunt fapte (să sperăm că ele nu au o altă explicaţie decât a dumneavoastă!). Voi încerca să vă fac să vedeţi cum e posibil, în materie de psihanaliză, un medic să se comporte într-un mod pe care l-ar evita grijuliu în orice alt domeniu.

În primul rând, trebuie să luăm în consideraţie că,

în facultate, un medic primeşte o învăţătură care e aproape contrariul a ce ar fi indicat ca pregătire pentru psihanaliză. Acolo, atenţia lui e dirijată către fapte obiective demonstrabile, de ordin anatomic, fizic, chimic – de înţelegerea şi corecta manipulare a cărora depinde seccesul acţiunii medicale. Problema vieţii e înglobată acestui punct de vedere, cel puţin în măsura în care e posibil astăzi a explica această problemă prin jocul de forţe demonstrabile şi pentru natura anorganică. În schimb, nu se suscită interesul studentului pentru latura psihică a fenomenelor vitale; studiul funcţionării superioare a sufletului şi a inteligenţei n-are nimic comun cu medicina, acest studiu ţine de domeniul altei facultăţi. Se consideră că numai psihiatria ar trebui să se ocupe de tulburările funcţiei psihice, dar ştim bine în ce manieră şi în ce sens o face. Ea caută determinările corporale ale tulburărilor psihice şi le tratează deci ca pe oricare altă condiţie etiologică.

Psihiatria are dreptate să procedeze astfel iar învăţământul medical este excelent. Când i se reproşează acestuia că e unilateral, trebuie precizat mai întâi punctul de vedere din perspectiva căruia acest caracter unilateral e un motiv de reproş. De fapt, orice ştiinţă e unilaterală şi chiar trebuie să fie, căci ea trebuie să-şi concentreze cercetarea asupra unor metode, aspecte, fapte particulare. Ar fi un nonsens – şi mă feresc de a cădea în acest păcat – de a pune în balanţă o ştiinţă cu alta. Fizica nu umbreşte cu nimic valoarea chimiei şi nici n-o poate înlocui. Desigur că şi psihanaliza, ştiinţa inconştientului psihic, este cât se poate de unilaterală. Dreptul la unilateralitate nu poate fi deci contestat nici unei ştiinţe medicale.

Punctul de vedere pe care-l căutăm îl găsim altundeva dacă, lăsând la o parte medicina ştiinţifică, abordăm arta

practică a vindecării. Bolnavul e o ființă complicată, tocmai potrivită să ne atragă atenția că fenomenele psihice, așa de greu de depistat, nu pot fi eliminate din tabloul vital după bunul nostru plac. Nevrozatul constituie o complicație nedorită, un motiv de încurcătură atât pentru medicină cât și pentru justiție sau armată. Dar el există și e prin excelență de competența medicinii. Iar medicina nu-i acordă mare atenție și nu face nimic pentru el, efectiv nimic. Ținând seama de relația intimă care există între cele ce le separăm în așa-numite fenomene psihice și corporale, putem întrezări ziua când se vor deschide noi căi pentru cunoașterea umană și, sperăm noi, și pentru tratament, căi ce vor duce de la biologia organelor și chimismul lor la fenomenele nevrozelor. Această zi pare încă îndepărtată, iar aceste stări maladive deocamdată inposibil de abordat din unghiul de vedere al medicinei.

Tot ce am arătat mai sus ar fi oarecum acceptabil încă, dacă învățământul medical ar greși doar prin aceea că nu le poate oferi studenților o înțelegere a nevrozelor. Dar el face mai mult: le dă o idee falsă și dăunătoare despre ele. Medicii, care n-au nici un interes pentru factorii psihici, sunt înclinați să-i trateze chiar cu dispreț și să glumească pe seama lor, ca despre niște lucruri lipsite de fundament științific. Din acest motiv nici nu pot lua în serios tot ce are legătură cu factorii psihici și nu sunt conștienți de obligațiile ce le revin privitor la aceștia. De aceea ei se obișnuiesc – din necunoașterea domeniului – să arate lipsă de respect pentru investigația psihologică și își privesc cu ușurătate propriile obligații. Sigur, trebue să-și îngrijească nevroticii, sunt totuși niște bolnavi care au apelat la medic și asupra cărora se cuvine să încerci mereu noi tratamente; dar la ce bun să te pregătești pentru

asta aşa de mult timp? Totul va merge de la sine; şi de altfel cine ştie ce valoare are ceea ce se învaţă în institutele analitice? Şi cu cât pricep mai puţin,cu atât sunt mai îndrăzneţi. Numai savantul adevărat e modest, căci e conştient de limitele cunoaşterii sale.

În concluzie, compararea specialităţii analitice cu alte specialităţi medicale, prin care vreţi să mă reduceţi la tăcere, nu se poate aplica aici. În chirurgie, oculistică etc., şcoala însăşi oferă posibilitatea unei formări profesionale ulterioare. Instituteele psihanalitice sunt puţin numeroase,recente şi lipsite de autoritate. Şcolile de medicină nu le-au recunoscut şi nu sunt preocupate de soarta lor. Tânărul medic ar trebui, aproape în toate privinţele, *să-i creadă* pe maeştrii săi, drept urmare i-a rămas prea puţin răgaz să-şi educe judecata: va folosi deci bucuros ocazia pe care i-o oferă un domeniu în care nu s-a impus încă o autoritate anumită, pentru a-şi dovedi spiritul critic.

Pe de altă parte, medicul se simte încurajat să se facă „şarlatan" analitic. Dacă un oculist ar vrea, fără pregătire suficientă, să facă operaţii pe ochi, insuccesul extracţiilor de cataractă sau al iridectomiilor sale şi dispariţia, în consecinţă, a bolnavilor, din cabinetul său, ar pune capăt repede carierei sale. În schimb, exercitarea analizei asupra nevroticilor e pentru el relativ inofensivă. Publicul se aşpteaptă să fie vindecat de boala de ochi respectivă pentru că de obicei operaţiile de ochi reuşesc. Dar atunci când specialistul în maladii nervoase nu-şi vindecă pacientul, nimeni nu e surprins. Fiindcă nu s-au prea obţinut succese în tratarea „nevroticilor", situaţia e salvată, spunându-se că doctorul face „tot ce-i stă în putinţă" pentru pacient. Nu e deci mare lucru de făcut, cel mai bun remediu ar fi natura sau chiar trecerea timpului. Adică,

la femeie, mai întâi menstruaţia, apoi căsătoria, mai târziu menopauza; şi, în fine, marele remediu, la urma urmelor, care e moartea. În plus, procedeele folosite de medicul analist în tratarea „nevroticului" său sunt atât de puţin bătătoare la ochi încât nu poţi găsi un motiv de reproş; n-a folosit nici instrumente, nici medicamente, n-a făcut altceva decât să stea de vorbă cu bolnavul, să încerce a-l convinge de ceva sau a-l face, dimpotrivă, să-şi schimbe o părere. Toate astea nu pot face rău, nu-i aşa? Mai ales dacă ai grijă să eviţi anumite subiecte stânjenitoare sau tulburătoare. Medicul analist care s-a ţinut departe de învăţământul riguros al şcolii noastre nu va rata ocazia de „a îmbunătăţi" analiza, de a-i smulge colţii veninoşi, de a o face mai „suportabilă" pentru bolnav. Şi acela care se mărgineşte numai la asta e foarte inspirat, căci, dacă ar fi îndrăznit să deştepte rezistenţele din psihicul bolnavului fără a şti cum să le facă faţă, atunci s-ar fi putut pune cu adevărat într-o lumină nefavorabilă.

Pentru a fi corecţi, trebuie să spunem clar: un analist profan e mai puţin dăunător pacientului decât un operator inabil. Paguba ar putea fi că bolnavul a depus eforturi inutile şi a ratat sau şi-a micşorat şansele de vindecare. În plus, se aduce un prejudiciu prestigiului terapeutici analitice. Sigur, toate acestea nu sunt de dorit, dar nu se pot compara deloc cu pericolul ce-l reprezintă bisturiul unui „şarlatan" într-ale chirurgiei. După a mea părere, n-avem a ne teme de agravări însemnate şi durabile ale maladiei nervoase ca urmare a unei aplicări inadecvate a analizei; reacţiile neplăcute dispar în scurt timp. După traumatismele vieţii, care au fost readuse în memorie de boală,uşoarele neajunsuri provocate de medic nu au nici un fel de greutate. Pur şi simplu încercarea terapeutică n-a făcut

bine pacientului.

– Am ascultat, fără să vă întrerup, expunerea privind şarlatanismul medical în materie de analiză. Dar nu-mi pot reprima impresia că sunteţi săpânit de ostilitate faţă de corpul medical, a cărei origine mi-aţi indicat-o singur mai devreme, în propria biografie. Vă dau însă dreptate într-o privinţă: dacă e să facem analize, trebuie măcar să le facă nişte oameni care s-au pregătit serios pentru asta. Şi dumneavoastră credeţi că medicii care se dedică psihanalizei nu vor face totul, în timp, pentru a obţine o pregătire optimă?

– Da, mă tem că nu se va întâmpla aşa . Cât timp relaţiile dintre Şcoala oficială şi Institutul analitic vor rămâne cele de astăzi, medicii vor fi foarte tentaţi să-şi uşureze munca.

– S-ar părea că evitaţi să vă exprimaţi deschis chiar cu privire la analiza practicată de non-medici. E logic. Încerc să găsesc explicaţia: pentru că medicii care vor să practice analiza nu pot fi controlaţi, dumneavoastră propuneţi, pentru a-i pedepsi, să li se confişte monopolul asupra analizei şi să capete dreptul de a profesa această activitate medicală şi non-medicii.

– Nu cred că aţi înţeles bine motivele mele. Sper să vă pot demonstra mai târziu că nu sunt atât de subiectiv. Dar nu pot insista îndeajuns asupra acestui aspect esenţial: n-ar trebui să practice analiza decât cei care au o pregătire adecvată. Mi se pare secundar că acea persoană e medic sau nu.

– Ce propuneri aveţi de făcut în această privinţă?

– Încă nu am ajuns în acest punct şi nici nu ştiu dacă voi ajunge! Aş vrea să discut cu dumneavoastră o altă problemă, dar mai înainte voi atinge un aspect mai

deosebit. Se spune că autoritățile noastre competente, instigate de corpul nostru medical, ar intenționa să interzică total non-medicilor exercitarea analizei. Membrii non-medici ai Societății noastre de psihanaliză din Viena, care dispun de o pregătire excelentă, îndelung perfecționată prin exercițiu, ar fi şi ei afectați de o asemenea decizie. Dacă se va lua efectiv această decizie de interdicție, va apărea următoarea situație: anumite persoane care sunt perfect pregătite vor fi împiedicate să exercite o profesiune, pe care o vor exercita nestingherite altele, ce nu prezintă aceleaşi garanții. Nu ăsta trebuie să fie efectul unei legi. Totuşi, această problemă particulară nu e nici foarte importantă, nici foarte dificil de rezolvat. Va fi pus în cauză un grup restrâns de specialişti, cărora nu li se poate face prea mult rău. Fără îndoială, ei vor emigra în Germania, unde, nestânjeniți de un decret restrictiv, li se va recunoaşte în scurt timp capacitatea. Ei ar putea fi cruțați de rigorile unor asemenea legi, plecând de la exemplul unor precedente cunoscute. În timpurile monarhiei, în Austria s-a acordat în mai multe rânduri unor „vindecători" celebri autorizația expresă, *ad personam*, de a exercita medicina, ca semn al încrederii în capacitățile lor. De obicei erau tămăduitori de la țară, iar garantul lor era, de fiecare dată, una din numeroasele arhiducese din acele timpuri. Acelaşi lucru se putea petrece şi în oraşe, beneficiind de o garanție de ordin pur tehnic. Mai grav ar fi efectul unei asemenea interdicții asupra Institutului analitc din Viena, care n-ar mai putea primi şi nici forma candidați veniți din afara cercurilor medicale. Astfel s-ar înăbuşi în Austria din nou o activitate intelectuală care în alte părți se poate dezvolta liber. Sunt ultimul care ar pretinde că are competență în materie de legi şi decrete.

Dar cunosc destule pentru a putea vedea că o aplicare mai strictă a legii austriece privind exercitarea ilegală a medicinei e în contradicție cu tendința generală actuală de a pune de acord legile austriece cu cele germane. Şi mai văd pe deasupra că aplicarea asupra psihanalizei a legii privind exercitarea ilegală a medicinei e şi o manifestare anacronică, din moment ce, atunci când legea a fost promulgată, analiza nu exista încă iar natura specială a bolilor nervoase nu era încă recunoscută.

Ajung acum la problema care mi se pare mai important de discutat. Exercitarea psihanalizei trebuie să fie ținută în subordinea instituțiilor oficiale sau e preferabil să fie lăsată în seama evoluției sale firești? Nu voi da nici un răspuns aici, dar îmi permit să v-o propun ca temă de meditație. În Austria a domnit dintotdeauna o adevărată *furor prohibendi*, o tendință de a pune sub tutelă, de a interveni, de a interzice,care, după cum ştim cu toții, n-adus la rezultate fericite. S-ar părea că în Austria nouă, Austria republicană, nu prea s-a schimbat nimic. Să presupunem că, în legătură cu această problemă care ne preocupă, decizia ce trebuie luată în privința psihanalizei, ați putea veni cu o sugestie importantă: nu ştiu însă dacă aveți dorința sau posibilitatea de a vă opune tendințelor birocratice. În orice caz, eu vă voi expune umila mea părere.Cred că un exces de decrete şi de interdicții e păgubitor pentru autoritatea legii. Nu e greu să observăm: acolo unde nu există prea multe interdicții, ele sunt respectate, acolo unde te izbeşti de ele la fiecare pas, ispita de a le încălca se face simțită. Pe deasupra, nu trebuie să fii anarhist pentru a vedea că, prin originea lor, legile şi decretele nu au un caracter sacru şi nici infailibil. De multe ori, ele sunt incomplete, insuficiente, jignitoare pentru

simţul nostru de dreptate – sau devin astfel cu timpul – şi atunci, dată fiind intenţia guvernanţilor, nu avem la îndemână alt mijloc de a corija aceste legi perimate decât acela de a le încălca fără regrete. În plus, e mai înţelept, atunci când vrei să impui respect faţă de legi şi decrete, să le concepi astfel ca să poată fi uşor de controlat dacă sunt respectate sau încălcate. Multe dintre aspectele pe care le-am tratat privitor la analiza efectuată de medici ar putea fi reluate aici, legat de analiza realizată de non-medici, pe care legea amintită ar dori să le elimine. Analiza are o ţinută foarte modestă, nu foloseşte nici medicamente nici instrumente, ea constă în discuţii şi schimburi de idei: va fi dificil să acuzi de exercitare ilegală a analizei o persoană care ar putea răspunde că nu face decât să dea sfaturi şi să consoleze, că încearcă,din omenie, să exercite o influenţă binefăcătoare asupra unor nefericiţi. Totuşi, nu se poate interzice aşa ceva, numai pentru motivul că uneori şi medicii fac astfel.

În ţările de limbă engleză, practicile „Ştiinţei creştine" au căpătat o mare răspândire: e un fel de negare dialectică a „răului" prin mijlocirea învăţăturilor creştine. Nu e aici locul să arătăm că avem de-a face cu o regretabilă eroare a spiritului uman; dar cui i-ar trece prin gând, în America sau în Anglia, să interzică aceste practici şi să le aplice sancţiuni? Autoritatea superioară va fi fiind la noi atât de sigură de a cunoaşte adevăratul drum al fericirii, ca să îndrăznească, aşa cum vrea s-o facă, să împiedice pe fiecare individ de a-şi găsi fericirea acolo unde o găseşte? Admiţând chiar că mulţi oameni, lăsaţi de capul lor, şi-ar pune sănătatea în pericol şi ar recurge la metode dezavuate oficial, autoritatea n-ar face mai bine dacă ar delimita minuţios domeniile care ar trebui să rămână

inaccesibile, iar restul să fie lăsat la dispoziția oamenilor, pe cât posibil, sub îndrumarea propriei lor experiențe și a influenței reciproce pe care o pot exercita unii asupra altora? Psihanaliza e ceva atât de nou, publicul larg o cunoaște așa de puțin, atitudinea științei oficiale față de ea atât de oscilantă, încât mi se pare prematur să i se tulbure evoluția prin reglementări legale. Să-i lăsăm pe bolnavi să descopere singuri că e în detrimentul lor să solicite asistență psihică unor persoane care n-au învățat cum să o ofere. Să-i lămurim pe bolnavi, să-i prevenim: ne vom scuti astfel de a impune interdicții. Pe șoselele Italiei, stâlpii de tele-graf poartă o inscripție scurtă și elocventă: *Chi tocca muore* (Cine atinge moare). E absolut suficient pentru a influența comportamentul trecătorilor. Inscripțiile germane similare sunt de o prolixitate superfluă și aproape jignitoare: Este strict interzis a atinge firele, pericol de moarte. Ce rost are această interdicție? Cine ține la viața lui și-o impune singur, iar cine are chef să se sinucidă astfel nu cere autorizație.

– *Există totuși cazuri ce ar putea fi invocate în această dezbatere contra analizei practicate de non-medici. Mă refer la interdicția de a hipnotiza dacă nu ești medic și, la interdicția, mai recentă, de a ține ședințe de ocultism și de a fonda societăți spiritiste.*

– Într-adevăr, nu pot saluta aceste măsuri, dintre care ultima este indiscutabil o atingere la libertatea de gândire a individului, datorată poliției. Nu pot fi bănuit că aș crede în fenomenele spiritiste sau că simt o mare nevoie de a le vedea recunoscute. Dar asemenea interdicții nu pot anihila atracția oamenilor pentru mistere. Ba chiar dimpotrivă, poate s-a făcut o mare greșeală și s-a barat drumul pentru știința imparțială, împiedicând-o astfel să

ajungă la o judecată eliberatoare. Dar, şi de astă dată, problemele nu privesc decât Austria. În alte ţări investigaţia „parapsihologică" nu se loveşte de nici un obstacol legal.

Cazul hipnotismului se prezintă un pic altfel decât cel al analizei. Hipnoza induce o stare psihică anormală care nu mai e folosită, în zilele noastre, decât de non-medici pentru demonstraţii publice. Dacă terapeutica prin hipnoză ar fi dat rezultatele pe care le promitea la început, s-ar fi lovit azi de aceleaşi probleme ca şi analiza, fără îndoială. Istoria hipnotismului e, într-o altă direcţie, un precedent ce permite a prevedea soarta analizei. Când eram tânăr docent în neuropatologie, medicii stigmatizau cu violenţă nemaipomenită hipnotismul, calificându-l drept şarlatanie, făcătură a diavolului, şi considerându-l foarte periculos pentru pacient. Acelaşi hipnotism pe care tot ei l-au monopolizat astăzi şi îl folosesc fără rezerve ca metodă de explorare, mulţi specialişti în boli de nervi văzând în el arma principală din arsenalul lor terapeutic.

După cum v-am spus mai devreme, nu-mi trece prin cap să fac propuneri privitor la problema dacă trebuie impuse reglementări oficiale sau analiza trebuie lăsată să-şi urmeze evoluţia firească. Ştiu, e o problemă de principiu aici, şi persoanele chemate să o soluţioneze o vor face mai mult sub influenţa sentimentelor decât în lumina unor argumente. Am expus motivele pentru care mi se pare de preferat varianta de a lăsa analiza să evolueze de la sine. Dacă se adoptă, dimpotrivă, o politică de intervenţie activă, atunci această măsură şchioapă şi injustă, interdicţia totală a practicării analizei de către non-medici, mi se pare cu totul insuficientă. E necesar atunci să se facă mai mult, să se reglementeze condiţiile în care e permisă exercitarea analizei, şi asta pentru toţi cei care vor să i se consacre, fără excepţie; trebuie creată o autoritate

care să poată defini ce este analiza, ce pregătire pretinde ea, şi să ofere şi posibilitatea de formare a specialiştilor în do-meniu. E nevoie deci ori să nu se intervină deloc în evolu-ţia fenomenului, ori să se aducă ordinea şi claritatea în acest domeniu; şi mai ales e important să nu se intervină orbeşte în această situaţie încurcată, instituind o interdicţie izolată. Căci aceea derivă, în mod automat, dintr-o prescripţie devenită inadecvată în acest caz.

VII

– Bun. Dar medicii, ce-i cu medicii? Nu vă pot aduce la acest subiect. Îmi scăpaţi fără încetare printre degete. E vorba de a şti dacă trebuie acordat exclusiv medicilor dreptul de a exercita analiza, după părerea mea – după ce îndeplinesc anumite condiii. Medicii nu sunt în totalitate nişte şarlatani ai analizei, cum i-aţi descris. Singur aţi spus-o: marea majoritate a elevilor şi discipolilor dumneavoastră sunt medici. Şi nu mi-aţi dat de înţeles că aceştia n-ar împărtăşi modul în care concepeţi problema analizei practicate de non-medici. Trebuie deci să înţeleg că elevii dumneavoastră sunt de acord cu exigenţele dumneavoastră privind formarea tehnică a analiştilor şi celelalte, dar totodată aceiaşi elevi consideră asta compatibil cu măsura de a interzice non-medicilor accesul la practicarea analizei. Am înţeles exact? Şi cum explicaţi acest lucru, atunci?

– Este exact. Un mare număr dintre colaboratorii mei medici – nu toţi – susţin dreptul exclusiv al medicilor de a întreprinde analiza nevropaţilor. Vedeţi deci că, şi în tabăra noastră, pot fi divergenţe de opinii în legătură cu

acest subiect. Punctul meu de vedere e cunoscut, dar divergenţa de păreri pe această temă nu tulbură înţelegerea noastră. Vreţi să vă explic această atitudine a elevilor mei? Nu ştiu ce să vă zic despre asta; cred că se explică prin spiritul de breaslă. Ei au evoluat pe alte direcţii decât mine, resimt cu neplăcere izolarea de colegii lor, ar dori mult să fie priviţi pe deplin integraţi în colectivitatea medicală prin profesiunea pe care o practică şi sunt gata, în schimbul unei atitudini tolerante faţă de ei, să sacrifice un principiu care lor personal nu li se pare vital. Poate că explicaţia e alta. Să îi bănuiesc că motivul lor e teama de concurenţă ar însemna nu numai să-i acuz de un spirit meschin, dar şi să le atribui o vedere prea scurtă. Ei sunt întotdeauna dispuşi să formeze alţi medici pentru practica analitică; şi dacă ar ava de împărţit bolnavii existenţi cu colegii medici sau cu non-medici, asta nu poate influenţa cu nimic situaţia lor materială. Ar trebui luat în calcul probabil un alt factor. Elevii mei sunt fără îndoială influenţaţi în atitudinea lor de anumite elemente care-i asigură medicului, în practica analitică, un avantaj neîndoielnic asupra non-medicului.

– *Aha! Un avantaj neîndoielnic! În fine, aţi mărturisit-o. Acum se lămureşte povestea asta.*

– Nu-mi va fi greu să fac această mărturisire. Veţi constata astfel că nu-mi fac aşa mari iluzii cum credeţi. Am evitat să ating acest punct în discuţie, pentru că el presupune să facem din nou nişte consideraţii teoretice.

– *Ce înţelegeţi prin asta?*

– Se pune mai întâi problema diagnosticului. Când te angajezi să faci analiza unui bolnav care suferă de tulburări nervoase, vrei mai întâi să ai certitudinea – atât cât se poate obţine o asemenea certitudine – că această

terapeutică se potriveşte cazului său, că-i vei putea face bine deci. Iar pentru asta trebuie ca boala lui să fie într-adevăr o nevroză.

– *Eram convins că natura bolii se poate recunoaşte corect după manifestări, după simptomele de care se plânge pacientul.*

– Iar aici apare o nouă complicaţie. Nu se poate recunoaşte întotdeauna cu o certitudine absolută natura bolii. Bolnavul poate oferi tabloul exterior al unei nevroze şi totuşi să poarte o altă boală incipientă: debutul unei boli mentale incurabile sau simptomele specifice unui proces distructiv al creierului. Nu-i totdeauna uşor de a face diagnosticul diferenţial şi de a-l preciza imediat în fiecare fază. Bineînţeles că numai medicul îşi poate lua răspunderea unui asemenea diagnostic. Sarcină, după cum am văzut, nu întotdeauna uşoară. Boala poate păstra mult timp o aparenţă benignă, până în clipa când răbufneşte brusc sub aspectul ei malefic. De aceea întâlnim aproape la toţi nevropaţii teama de a nu înnebuni. Dacă medicul nu identifică o vreme un asemenea caz sau nu poate stabili de la început un diagnostic, nu contează prea mult: nimic rău nu se poate întâmpla, nimic din ce ar trebui să se întâmple. Tratamentul analitic n-ar face rău acestui bolnav, dar s-ar vedea că eforturile depuse au fost inutile. În plus, se vor găsi destui care să pună acest insucces pe seama psihanalizei. Pe nedrept, desigur, dar ar fi preferabil să evităm asemenea acuzaţii.

– *E de-a dreptul exasperant. Tot ce mi-aţi expus despre natura şi originea nevrozelor e aruncat peste bord.*

– Câtuşi de puţin. Se confirmă pur şi simplu ce vă spuneam: nevroticii sunt motiv de necazuri şi încurcături pentru toată lumea, chiar şi pentru analişti. Poate vă voi

risipi neliniştea dacă o să mă exprim mai corect. Ar fi mai exact dacă aş formula astfel: cazurile de care ne ocupăm acum prezintă într-adevăr o nevroză, numai că această nevroză, în loc să fie psihogenă e somatogenă – are cauze corporale, nu psihice. Mă înţelegeţi?

– *Da, dar nu pot pune de acord acest punct de vedere cu cel psihologic...*

– Şi totuşi e posibil, dacă ţinem seama de aspectele complexe pe care le prezintă materia vie. Care am spus că e mecanismul nevrozei? Eul, această organizare superioară a aparatului psihic care s-a dezvoltat sub influenţa lumii exterioare, nu mai e, în acest caz, capabil să-şi îndeplinească funcţia mediatoare între Sine şi realitate, se retrage, din cauza fragilităţii sale, dintr-o întreagă zonă a domeniului instinctiv al Sinelui, şi trebuie să suporte consecinţele acestui abandon sub forma unor limitări ale puterii sale, a simptomelor şi a reacţiilor care nu ajung niciodată să-şi îndeplinească scopul. Am avut toţi, în copilărie, un Eu la fel de fragil; ăsta e motivul pentru care primele evenimente ale existenţei noastre capătă o importanţă atât de mare pentru viaţa ulterioară. Sarcina sub care se încovoaie copilăria noastră e strivitoare: în numai câţiva ani, trebuie să parcurgem o evoluţie enormă, distanţa care-l separă pe omul epocii de piatră de omul civilizat actual, şi în mod special să ne ferim de tendinţele încă necotrolate ale pulsiunii infantile sexuale. În acea perioadă Eul nostru recurge la refulare şi suportă o nevroză infantilă ale cărei rămăşiţe, purtate cu sine până în epoca maturităţii, ne predispun la boli nervoase ulterioare. Totul depinde acum de tratamentul pe care i-l rezervă adultului destinul său. Dacă viaţa lui e foarte dură, discrepanţa prea mare între exigenţele instinctelor sale şi obstacolele puse de realitate

în calea lor, Eul poate eşua în eforturile lui de mediere consolatoare şi asta are cu atât mai multe şanse să se întâmple, cu cât el va fi mai mult implicat de predispoziţia adusă cu sine din copilărie. El reproduce atunci vechiul său proces de refulare, instinctele se desprind de sub dominaţia Eului, îi creează, prin mijlocirea regresiei, satisfacţii substitutive şi sărmanul Eu lipsit de apărare a devenit nevrotic.

Să nu pierdem din vedere că axul şi articulaţia oricărei situaţii sunt forţa relativă a organizării Eului. Acum ne e uşor să completăm tabloul nostru etiologic de ansamblu. Cunoaştem deja, drept cauze ca să zicem aşa normale ale „nervozităţii", fragilitatea infantilă a Eului, sarcina de a ţine în frâu aspiraţiile sexuale precoce, precum şi acţiunea evenimentelor din prima copilărie (manevrate în principal de hazard). Dar nu e posibil ca şi alţi factori, datând din perioada anterioară copilăriei, să joace aici un rol? Cum ar fi, de exemplu, instinctele extrem de puternice şi nestăpânite locuind Sinele, ce impun de la început Eului îndatoriri ce-i depăşesc puterile? Sau, din motive necunoscute, o slabă capacitate de dezvoltare a Eului? Bineînţeles, asemenea factori au un rol etiologic, care în multe cazuri poate fi determinant. Trebuie să ţinem seama întotdeauna de forţa pulsiunilor localizate în Sine; acolo unde ea se dovedeşte excesivă, pronosticul terapeuticii noastre e negativ. Cauzele ce se opun dezvoltării Eului ne sunt deocamdată necunoscute. Este cazul nevrozei pe bază esenţialmente constituţională. De alminteri, fără a exista o condiţie favorizantă constituţională, comgenitală, e probabil că nici o nevroză n-ar putea apărea.

Dacă presupunem că relativa slăbiciune a Eului e factorul decisiv pentru naşterea unei nevroze, o boală somatică ulterioară trebuie să poată şi ea da naştere unei

nevroze prin slăbirea Eului. Şi chiar aşa se-ntâmplă în majoritatea cazurilor. O anomalie în economia corpului poate influența, în sfera Sinelui, viața instinctelor şi poate amplifica forțele pulsionale dincolo de limitele între care Eul le mai putea încă stăpâni. Prototipul normal al unor asemenea procese ne este oferit de transformările profunde pe care le suferă femeia în momentul apariției menstruației sau la menopauză; ori o boală generală a corpului, în special o leziune organică a aparatului nervos central, afectează chiar la originea sa nutriția aparatului psihic, îl obligă să funcționeze pe un plan inferior şi să-şi suspende cele mai delicate funcții ale sale, cum ar fi menținerea organizării Eului. În toate aceste cazuri, nevroza prezintă cam acelaşi tablou; nevroza are întotdeauna acelaşi mecanism psihologic, deşi etiologia ei este pe cât de diversă pe atât de complicată.

– *Acum îmi plăceți mai mult. Vorbiți în fine ca un medic. Şi mă aştept să-mi spuneți cam aşa: ceva atât de complicat din punct de vedere medical ca nevroza nu poate fi tratat aşadar decât de un medic.*

– Mă tem că nu ați nimerit ținta. Adineauri am atins aspecte ce țin de patologie, iar analiza nu e decât o practică terapeutică. Sunt de acord – nu, pretind chiar – ca, în fiecare caz ce s-ar preta analizei, un medic să pună mai întâi diagnosticul. Cele mai multe nevroze de care ne ocupăm ne sunt din fericire net psihogene şi în afară de orice bănuială din punct de vedere patologic. Din momentul în care a constatat asta, medicul poate lăsa liniştit tratamentul în grija analistului non-medic. Aşa s-a procedat întotdeauna în societățile noastre analitice. Datorită contactului strâns dintre membrii medici şi cei non-medici, se poate spune că erorile de care ne puteam teme au fost evitate în

întregime. Mai există un caz în care analistul trebuie să apeleze la medic. În cursul tratamentului analitic pot apărea simptome – e vorba aici de cele corporale – de care nu eşti sigur dacă sunt în relaţie directă cu nevroza sau provin dintr-o tulburare organică independentă. Şi aici, numai medicul poate decide.

– *Aşadar, chiar şi pe parcursul analizei, analistul nu se poate dispensa de sprijinul medicului! Un argument în plus împotriva lui!*

– Câtuşi de puţin. Fiindcă, în acest caz, nici analistul-medic nu procedează altfel.

– *Nu mai pricep nimic.*

– Noi am stabilit această regulă tehnică: atunci când în timpul tratamentului apar aceste simptome echivoce, analistul nu va da el însuşi un verdict, ci va apela la un medic care nu e la curent cu analiza pacientului pentru a-l examina pe acesta – chiar dacă el însuşi e medic şi are încre-dere în cunoştinţele lui medicale.

– *Şi ce rost are această prevedere, care mi se pare cu totul inutilă?*

– Nu numai că nu este inutilă, dar există mai multe motive pentru a o respecta. În primul rând, e un lucru dificil ca aceeaşi persoană să opereze simultan un tratament organic şi un tratament psihiatric. În al doilea rând, starea de transfer face ca un examen corporal al pacientului să fie nerecomandat analistului. În al treilea rând, analistul are de ce se îndoi de imparţialitatea sa, interesul său fiind puternic orientat către factorii psihici.

– *Atitudinea dumneavoastră faţă de analiştii non-medici mi-e acum clară. În fond, dumneavoastră doriţi pur şi simplu ca ei să existe. Dar, cum nu puteţi să negaţi că ei nu fac faţă în totalitate misiunii lor, veniţi cu*

tot felul de amendamente şi derogări ce pot să-i scoată din culpă şi să le faciliteze munca. În ce mă priveşte, nu reuşesc să văd de ce trebuie să existe analişti non-medici care, la urma urmei, nu pot fi decât terapeuți de a doua mână. Sunt dispus să închid ochii la activitatea câtorva non-medici care au fost deja formați ca analişti, dar n-ar mai trebui formați şi alții, iar institutele didactice ar trebuisă se angajeze că nu-şi mai deschid porțile decât medicilor.

– Voi fi de acord cu dumneavoastră dacă se poate demonstra că în acest fel vor fi servite toate interesele puse în joc. Recunoaşteți împreună cu mine că aceste interese sunt de trei feluri: ale bolnavilor, ale medicilor şi – *last but not least* – ale ştiinței, care înglobează interesele tuturor bolnavilor din viitor. Vreți să examinăm împreună aceste trei aspecte?

În ce-l priveşte pe bolnav, nu prea contează dacă analistul său e medic sau nu, cu o singură condiție: să fie îndepărtat riscul unei greşite aprecieri a stării sale; iar de asta ne asigură examenul medical făcut înaintea tratamentului şi examenele medicale pe care le fac necesare incidentele survenite pe parcurs. Pentru bolnav e mai important ca analistul să posede calități personale care îi atrag încrederea şi i-o păstrează pe toată durate analizei, şi ca analistul să fi câştigat cunoştințele, principiile şi experiența care, ele singure, îl fac apt să-şi îndeplinească menirea. S-ar putea crede că, atunci când pacientul ştie că analistul său nu e medic şi că el trebuie să recurgă, în anumite situații, la un medic, autoritatea analistului e ştirbită. Bineînțeles, noi n-am omis niciodată să-l informăm pe pacient asupra calificării analistului, şi ne-am putut convinge că prejudecățile profesionale n-au nici o

influență asupra lui, că e gata să accepte vindecarea indiferent din ce direcție vine ea – ceea ce, de altminteri, corpul medical, spre marea lui umilință, știe de multă vreme. Analiștii non-medici care practică azi analiza nu sunt de altfel primii veniți, niște oameni adunați la întâmplare, ci niște persoane care au primit o instrucție superioară, doctori în filozofie, pedagogi, precum și câteva femei, personalități eminente, având și o mare experiență de viață. Analiza la care trebuie să se supună înșiși candidații unui institut didactic e și un mijloc de edificare asupra aptitudinilor pe care le au pentru a îndeplini o profesiune ce solicită o mulțime de calități.

Să reluăm discuția despre ceea ce ar putea însemna interesul medicilor, în acest context. Nu pot să cred că interesul lor profesional ar avea de câștigat prin încorporarea psihanalizei în medicină. Studiile medicale durează și așa cinci ani, iar ultimele examene impietează asupra celui de-al șaselea an. Se impun mereu studenților tot mai multe exigențe, care trebuie satisfăcute, existând altfel riscul de a intra în cariera medicală cu un bagaj insuficient de cunoștințe. Accesul la profesiunea medicală e foarte dificil, dar practicarea ei nu e nici foarte satisfăcătoare, nici foarte periculoasă. Dacă vom adopta ideea că medicul trebuie să se mai familiarizeze și cu latura psihică a bolilor, dacă adăugăm, la perioada, deja atât de lungă, de instrucție medicală, timpul necesar de a deprinde analiza, ar însemna a umfla exagerat materia care trebuie asimilată și a prelungi proporțional anii de studii. Mă întreb dacă medicii vor fi mulțumiți de această consecință derivată din pretenția de a practica numai ei psihanaliza. Altă cale nu există. Și asta într-o vreme în care condițiile materiale ale existenței s-au înrăutățit într-atât, chiar pentru clasele

din care se recrutează medicii, într-o vreme în care tânăra generație se vede constrânsă să se descurce în viață tot mai devreme.

Poate veți spune că nu vă trece prin cap să încărcați studiile medicale adăugând și pregătirea pentru practica analitică. Și că vi se pare mai potrivit ca viitorii analiști să nu se preocupe de această pregătire specială decât după ce și-au terminat studiile medicale. Că timpul pierdut astfel practic nu contează, căci un tânăr sub treizeci de ani oricum nu va obține de la bolnav acea încredere absolut indispensabilă la un om care solicită un sprijin moral. Vi s-ar putea răspunde că medicul abia ieșit de pe băncile facultății nu poate conta nici el pe un respect prea mare din partea bolnavilor, și că tânărul analist ar putea folosi foarte bine timpul lucrând într-o clinică psihanalitică, sub controlul unor practicieni experimentați. Dar și mai importante mi se par următoarele: vă pronunțați în favoarea unui proiect care, dacă s-ar pune în practică, ar presupune o risipire de forțe într-adevăr nejustificată din punct de vedere economic, în epoca noastră atât de greu încercată. Formația analitică intersectează cercul învățământului medical, dar nu-l acoperă efectiv și nici nu e acoperită de el. Dacă s-ar fi înființat – ideea pare astăzi fantezistă – o facultate analitică, s-ar fi predat acolo, desigur, materii care se învață și la facultatea de medicină; dar și „psihologia profunzimilor", a inconștientului, care, ar rămâne permanent capitolul de bază, și, într-o modalitate cât mai extinsă, știința vieții sexuale, precum și o familiarizare a elevilor cu tablourile clinice ale psihiatriei. Pe de altă parte, învățământul analitic ar cuprinde și ramuri foarte îndepărtate de medicină și cu care nu vine câtuși de puțin în atingere în timpul exercitării profesiunii: istoria civilizației, mitologia,

psihologia religiilor, istoria literară şi critica literară. Dacă nu e bine orientat în toate aceste domenii, analistul rămâne descumpănit în faţa unui mare număr de fenomene cu care se întâlneşte. În schimb, o mare parte din cunoştinţele obţinute la facultatea de medicină nu-i slujesc la nimic. Nici cunoaşterea oaselor sau a tarsului, nici cea a compoziţiei hidraţilor de carbon, sau a traseului fibrelor nervoase ale creierului, nimic din ce-a descoperit medicina privitor la microbi, cauzele bolilor şi combaterea lor, ori reacţii serice şi neoplasmele, – oricât de valoroase ar fi aceste descoperiri în sine – nu-l interesează, nu-l privesc pe analist şi nu-l ajută direct să înţeleagă şi să vindece o nevroză şi nici indirect nu contribuie să-i ascută facultăţile intelectuale pe care i le soliçită imperios profesiunea lui. Să nu ni se obiecteze că situaţia ar fi aceeaşi dacă medicul s-ar decide pentru orice altă specialitate, de exemplu pentru arta dentară; nici acolo el nu are nevoie de o mare parte a cunoştinţelor care i-au fot cerute cerut la exemene şi trebuie să înveţe ulterior o mulţime de lucruri pe care nu le-a învăţat. Totuşi, cele două situaţii nu sunt echivalente. Căci, pentru arta dentară, îşi păstrează valoarea principalele teze ale patologiei, privind inflamaţia, supuraţia, necroza, acţiunea reciprocă a organelor; analistul, dimpotrivă, e antrenat de probleme pe care le tratează într-un alt univers,prezentând alte fenomene şi alte legi. Orice eforturi face filozofia spre a arunca o punte între corporal şi psihic, experienţa noastră ne obligă să vedem abisul dintre ele şi în eforturile noastre practice suntem constrânşi să ţinem seama de acest fapt.

E şi nedrept, şi contrar scopului urmărit, a-l constrânge pe cel ce doreşte să-l elibereze pe aproapele său de chinul unei fobii sau al unei obsesii să facă mai întâi

un enorm ocol prin teritoriul întregii medicine. Iar asta nici n-ar putea reuși în practică, decât cu riscul de a înăbuși analiza însăși. Închipuiți-vă un peisaj în care se zăresc două drumuri care duc în același punct: unul scurt și drept, celălalt lung, ocolit și întortocheat. În zadar veți interzice, printr-o tăbliță indicatoare, folosirea drumului cel mai scurt, pentru a cruța câteva răzoare înflorite pe care acesta le traversează; interdicția n-are șansa de-a fi respectată decât dacă drumul cel mai scurt e abrupt și anevoios în timp ce drumul cel lung urcă în pantă ușoară. Dacă e invers, și drumul mai ocolit e și cel mai puțin obositor, puteți fi sigur că interdicția anunțată pe tăbliță va fi respectată și că straturile de flori vor rămâne neatinse. Ca atare, tare mă tem că nu-i veți putea forța pe analiștii non-medici să studieze medicina, după cum nici eu nu-i voi putea obliga pe medici să învețe analiza. Știți, asta e natura umană...

– Dar, dacă tratamentul analitic nu poate fi efectuat fără o pregătire adecvată, dacă nu putem încărca studiile medicale cu sarcina suplimentară împovărătoare destinată formării analiștilor și dacă, pe deasupra, cunoștințele medicale sunt în marea lor parte superflue pentru analist, dacă tot ce-ați spus adineauri e perfect adevărat, atunci ce mai rămâne din imaginea ideală pe care ne-am făcut-o întotdeauna despre medic, acel medic care ar trebui să fie la înălțimea îndatoririlor profesiunii sale?

– Nu pot prevedea cum vor fi rezolvate toate aceste dificultăți, și nici măcar nu sunt eu cel chemat să propună o soluție. Dar eu personal nu văd decât două lucruri: *primo,* analiza vă pune în mare încurcătură, ați prefera ca ea să nu fi existat! desigur, și nevrozatul e, la rândul lui, foarte incomod! – *secundo*, pentru moment, vor fi slujite interesele tuturor dacă medicii se decid să tolereze o specie

de terapeuți care să-i scutească de dificilul tratament al nevrozelor psihogene (atât de frecvente) și care, spre marele avantaj al acestor bolnavi, să rămână permanent în contact cu ei.

– *Acesta e ultimul dumneavoastră cuvânt, sau mai aveți ceva de adăugat?*

– Desigur, aș vrea să mă refer și la cel de-al treilea interes aflat în joc: acela al științei. Ceea ce am să vă spun asupra acestui subiect n-o să vă prea impresioneze, dar nu contează. Adevărul e că nu ni se pare câtuși de puțin de dorit ca psihanaliza să fie înghițită de medicină, ca ea să fie adăpostită într-un ungher obscur din tratatele de psihiatrie, la capitolul *Terapeutică*, între sugestia hipnotică, autosugestie, persuasiune și ale practici născute din ignoranța noastră și care nu-și datorează efectele lor, de scurtă durată, decât inerției și slăbiciunii celor mulți. Ea merită un destin mai bun și trebuie să sperăm că-l va avea. În calitate de „psihologie a profunzimilor", de doctrină a inconștientului psihic, ea poate deveni indispensabilă tuturor științelor ce se ocupă de geneza civilizației umane și a instituțiilor ei principale, cum ar fi arta, religia, organizarea socială. Iată care e punctul meu de vedere: psihanaliza a dat deja un ajutor însemnat la rezolvarea problemelor puse de aceste științe, dar e vorba numai de niște contribuții mărunte în comparație cu ce ar putea face atunci când istoricii civilizațiilor, psihologii religiilor, lingviștii se vor servi ei înșiși de noul instrument de investigație pe care analiza îl pune la dispoziția lor. Terapeutica nevrozelor e doar una dintre aplicațiile analizei, și poate viitorul va arăta că nici nu e cea mai importantă. În orice caz, ar fi nedrept a sacrifica toate aplicațiile de dragul uneia singure, numai din cauză că aceasta are legătură cu

cercul de interese medicale profesioniste.

Căci aici lucrurile sunt strâns legate între ele, printr-o înlănțuire pe care n-o putem tulbura fără a provoca pagube regretabile. Dacă reprezentanții diverselor științe psihologice au de învățat psihanaliza, în scopul de-a aplica metodele și punctele ei de vedere la problemele care-i interesează, nu va fi suficient ca ei să se mărginească la rezultatele consemnate în literatura analitică. Ci ei vor trebui să învețe a înțelege analiza urmând singura cale care face posibil asta: supunându-se ei înșiși la o analiză. La nevropații care au nevoie de analiză s-ar adăuga astfel o a doua categorie de persoane, care recurg la ea din motivații intelectuale, dar care vor profita bucuros de creșterea potențială a capacității lor de lucru obținute în subsidiar. Or, va trebui, pentru a îndeplini aceste analize, un contigent de analiști, pentru care cunoștințele eventuale de ordin medical nu vor fi de mare ajutor. În schimb, acești analiști-profesori, cum le spun eu, va trebui să fi primit o instruire foarte atentă. Dacă vrem ca această instruire să nu fie insuficientă, trebuie să le oferim acestor analiști ocazia de a urmări cazuri instructive, demonstrative, și cum oamenii sănătoși, și care nu simt o reală sete de cunoaștere, nu se supun analizei, analiștii-profesori își vor face inevitabil ucenicia pentru viitoarea lor activitate, non-medicală – sub un control atent – pe subiecți nevropați. Asta cere o anumită libertate de mișcare, care ar fi îngrădită de niște reglementări meschine.

Poate nu sunteți convins că psihanaliza prezintă acest interes pur teoretic, sau nu vreți să-i permiteți să-și spună cuvântul în problema practicării analizei de către non-medici. Permiteți-mi să vă atrag atenția că există și o altă aplicație a psihanalizei pe care legea privind exercitarea ilegală a medicinei nu are cum s-o afecteze, și pe

care cu greu ar putea-o revendica medicii. Mă refer la aplicarea ei în pedagogie. Când un copil începe să prezinte semnele unei evoluții negative, devine morocănos, recalcitrant şi neatent, atunci nici medicul pediatru, nici medicul şcolii nu vor putea face nimic pentru el, chiar când copilul prezintă manifestări nervoase precise, ca angoasă, anorexie, vomă, insomnie. Aceste simptome nervoase şi modificările de caracter care derivă din ele pot fi surprimate simultan printr-un tratament ce combină influența analitică cu măsurile educative, tratament ce nu poate fi efectuat decât de persoane care se ostenesc a se ocupa de condițiile existente în mediul unde trăieşte copilul şi care-s capabile să-şi taie cale spre inima copilului. Noi am învățat să înțelegem importanța nevrozelor infantile, care adesea trec neobservate, ca factor esențial ce predispune la nevroze grave în viața adultă; ceea ce desemnează analiza aplicată copilului drept o excelentă profilaxie. Incontestabil, mai există adversari ai analizei; dar nu ştiu prin ce mijloace îi vor putea împiedica pe aceşti analişti-pedagogi sau pedagogi-analişti să-şi exercite activitatea. Cred că le-ar fi greu s-o facă. Dar nu putem fi siguri niciodată de nimic...

De altfel, pentru a reveni la problema tratamentului analitic al nevrozelor adulte, precizez că n-am epuizat aici toate detaliile. Civilizația noastră exercită o presiune aproape intolerabilă asupra noastră. Ea cere un corectiv. E absurd să ne aşteptăm ca psihanaliza, cu toate dificultățile pe care le prezintă, să ofere într-o bună zi oamenilor un asemenea corectiv? Poate că un american va avea la un moment dat ideea de-a cheltui o parte din miliardele sale pentru a subvenționa educația analitică pentru ai săi „social workers" şi de a constitui cu ei o armată pentru lupta împotriva nevrozelor, fiice ale civilizației noastre!

– *Aha! Un fel de nouă Armată a salvării!*

– De ce nu? Imaginația noastră nu poate lucra de altfel decât după modele. Valul prozeliților care ar inunda atunci Europa ar trebui să evite Viena, unde analiza a suferit un traumatism precoce, care a stopat evoluția sa. Surâdeți? N-am spus asta ca să vă influențez judecata, în mod sigur n-o spun în acest scop! Știu, nu mă credeți, și de altfel nu vă pot garanta că va fi așa! dar știu bine un lucru. Decizia care va fi luată în ce privește analiza efectuată de non-medici nu are mare importanță. Poate că ea va avea un efect local. Dar posibilitățile interne de evoluție ale analizei, de fapt singurele care sunt în discuție, nu vor putea fi afectate, nici prin interdicții, nici prin decrete.

NOTE

[1] Titlul original al lucrării, în limba germană, este: *Die Frage der Laienanalyse* (1926); *Laie* având semnificaţia de: laic, profan – în cazul acesta particular: non-medic. Problema psihanalizei efectuate de non-medici a constituit un subiect de contradicţie acerbă chiar în sânul mişcării psihanalitice, îndeosebi în Franţa. Jean-Pierre Chartier evocă un asemenea episod: „În 1950 izbucneşte un scandal teribil care pune în evidenţă disensiunile din cadrul mişcării psihanalitice franceze şi o opune pe Marie Bonaparte lui Sacha Nacht, unul dintre psihanaliştii formaţi de Loewenstein în anii 1930, ca şi Lagache, Lacan, Male şi mulţi alţii. Margaret Williams Clark, terapeut la centrul psihopedagogic Claude Bernard, nou creat de André Berge şi Juliette Bautonnier, e acuzată de exercitarea ilegală a medicinei şi adusă în faţa tribunalului de către consiliul Ordinului medicilor. Achitată în prima instanţă, ea va fi condamnată simbolic de către Curtea de Apel. Să semnalăm în treacăt că Elisabeth Roudinesco, atunci când relatează acest proces, aparent fără a lua o poziţie tendenţioasă (în *Istoria psihanalizei în Franţa* – n.trad.), se fereşte totuşi să evoce textul celebru al lui Freud (*Die Frage der Laienanalyse*), în care el lua poziţie, la vremea sa, în favoarea psihanalizei exercitate de non-medici!" (*Introducere în psihanaliza lui Freud*) Tot în anii '50, Jacques Lacan, unul dintre corifeii mişcării psihanalitice franceze, se manifestă ca un partizan al psihanalizei laice. În 1963, când va fonda propria sa mişcare, botezată Şcoala freudiană din Paris, ea va fi deschisă tuturor care „se interesează de psihanaliză cu adevărat", fie ei medici sau nu. Daniel Lagache şi grupul din jurul său, membri ai Societăţii franceze de psihanaliză, nu contestă psihanaliza profană; mai mult, în 1947, când devine titular al catedrei de psihologie generală de la Sorbona, Lagache creează psihologia clinică, atât ca disciplină, cât şi ca metodă care se inspiră în acelaşi timp din psihanaliză şi din fenomenologie; el îşi sfătuieşte elevii „să nu urmeze studii medicale şi să le prefere o diplomă de psihologie".

[2] E vorba de Tolstoi.

[3] E vorba de C.G.Jung.

[4] E vorba de Alfred Adler.

MIC LEXIC FREUDIAN*

ABREACȚIE. De la verbul german *abreagieren*. Concept creat de Breuer şi Freud. Descărcare emoțională cu întârziere a unei tensiuni datorate unei amintiri traumatizante uitate şi până atunci nelichidate. Grație abreacției, bolnavul, rememorându-şi şi exprimând evenimentul traumatic, se eliberează de un ansamblu *de idei şi de sentimente dureroase, perturbatoare*.

ACT RATAT. Nu actul ca atare, ci *rezultatul său este nesatisfăcător pentru cel care l a săvârşit*. Se vorbeşte de act ratat pentru a se desemna conduitele pe care în mod obişnuit subiectul este capabil să le reuşească. Freud a demonstrat că actele ratate, ca şi simptomele, sunt formații de compromis între intenția conştientă a subiectului şi elementul refulat. *Toate actele ratate au sens*: ele exprimă impulsiile şi intențiile care se vrea să fie ascunse față de conştiință. „Tocmai prin ele trădează omul cel mai adesea secretele sale cele mai intime."

AFECT. De la latinescul *affectare*, „destinat unei folosințe". Termen care desemnează *orice stare afectivă parțial agreabilă sau dezagreabilă, spre deosebire de sentiment, care implică o continuitate şi o durată mai mare*. Freud desemnează afectul ca fiind expresia subiectivă a cantității de energie pulsională.

ANALIZĂ DIDACTICĂ. Psihanaliză obligatorie pentru cel care se consacră profesiunii de psihanalist. Ea constituie piatra de încercare a formației sale. În consecință, nu poate fi psihanalist decât acela care s-a supus unei psihanalizări de lungă durată şi care a experimentat pe el însuşi efectele inconştientului.

CATHARSIS → *Metodă cathartică.*

CENZURĂ. De la latinescul *censura*, „cenzură", „funcție de cenzor". *Mecanism psihic care tinde să interzică dorințelor inconştiente*

* După J.P. Chartrier, *Introducere în Psihanaliza freudiană.*

accesul în conştient. Termen utilizat de Freud pentru prima oară în ziua de 22 decembrie 1897, într-o scrisoare către Fliess. Noţiunea de cenzură va fi apoi dezvoltată în *Interpretarea viselor* (1900).

EU. Freud introduce acest concept în cadrul celei de a doua descrieri a aparatului psihic (a doua topică). *Eul este adesea în mod abuziv asimilat cu conştientul*, deşi el *conţine şi mecanisme de apărare inconştiente*. Lacan va face din el o structură „imaginară".

FANTASMĂ. De la termenul grecesc *phantasma*, „apariţie, viziune, imagine, fantomă". *Dorinţe inconştiente ale subiectului.* Fantasma ar fi deci o încercare deturnată şi imaginară de a satisface impulsia.

FANTASMĂ ORIGINARĂ. Acest termen apare în scrierile lui Freud în 1915: „Este posibil ca toate fantasmele pe care le întâlnim în analiză [...] să fi fost odinioară, în vremurile de început ale familiei umane, realitate şi, creând fantasme, copilul doar să umple, cu ajutorul adevărului preistoric, lacunele adevărului individual." În psihanaliză, fantasmele originare sunt acelea care „descriu" *originea* subiectului (fantasma scenei primitive), *diferenţierea sexuală* (fantasma castrării) şi *viaţa sexuală* (fantasma seducţiei).

FIXAŢIE. *Mecanism prin care libidoul subiectului s-a ataşat în mod „fix" de un obiect erotic sau de o modalitate particulară de satisfacţie a impulsiei.* Astfel, în psihanaliză vorbim de fixaţia la o imagine parentală sau de fixaţia la un stadiu (oral, anal) de dezvoltare libidinală.

FOBIE. De la grecescul *phobos*, „frică". Teamă intensă, iraţională şi obsedantă, referitoare la anumite obiecte sau anumite situaţii. Cele mai cunoscute sunt agorafobia, claustrofobia şi fobiile care se raportează la animale şi oameni. Mecanismul acestei nevroze este un conflict inconştient: tocmai pentru că nu-şi poate asuma impulsiile, subiectul, ca să le nege realitatea, îşi deplasează angoasa asupra unui obiect simbolic.

IDENTIFICARE. De la latinescul *identitas*. Mecanism inconştient prin care un individ tinde să se asemene cu un altul. La copil, de exemplu, „a se identifica cu tatăl înseamnă, în practică, a adopta modul lui de a vorbi şi de a acţiona, ca şi cum ar fi exact

asemenea lui şi nu ar avea individualitate distinctă de a sa" (Jung). La copil, identificarea este o etapă a formării personalităţii. Aceasta se constituie şi se diferenţiază printr-o *serie de identificări parţiale* (faţă de o anumită atitudine sau comportament particular) sau *totale*. Identificarea cu părintele de acelaşi sex este semnul declinului complexului Oedip.

PULSIUNE. Traducere a termenului german *Trieb*. *Concept-limită între psihic şi somatic, desemnând o forţă inconştientă de origine biologică* (foame, sete, trebuinţă sexuală), *dotată cu o puternică încărcătură energetică şi orientând subiectul spre un anumit obiect,* spre a-i da satisfacţie şi de a „reduce" tensiunea produsă de impulsie (*Trieb a fost mai întâi tradus prin „instinct"*). Freud distinge impulsia vieţii (*Dincolo de principiul plăcerii*, 1920), care cuprinde impulsiile sexuale şi de autoconservare şi care provine din principiul plăcerii (*Eros*), şi *impulsia morţii*, care reprezintă efortul fiinţei de a se sustrage tensiunilor şi de a se întoarce la starea inorganică (*Thanatos*). În cadrul acestei ultime teorii a impulsiilor este de subliniat importanţa noţiunii de legătură. *Legătura este caracteristica majoră a impulsiilor vieţii, în opoziţie cu impulsia morţii.*

LIBIDO. De la latinescul *libido*, „dorinţă erotică, sexualitate", de la *libet*, „îi place, îi face plăcere". Pentru Freud, libidoul desemnează *manifestările dinamice ale sexualităţii*. El se defineşte prin *sursele* sale (zone erogene), *scop* (satisfacţie impulsională) şi *obiecte*. Poate avea acelaşi deştin ca şi impulsiile, anume refularea sau sublimarea. *Libidoul reprezintă energia vitală a subiectului.*

MASOCHISM. Termen creat de sexologul Krafft-Ebing pornind de la numele scriitorului austriac Sacher Masoch (1835–1895). Desemnează o perversiune sexuală care face să depindă satisfacţia de o suferinţă trăită de subiect. Freud a lărgit conceptul, distingând masochismul *moral* (subiectul, din cauza unui sentiment de culpabilitate, caută poziţia de victimă şi se pedepseşte), masochismul *erogen* (perversiune sexuală care leagă plăcerea sexuală de durere) şi masochismul *feminin* (fantasme masochiste care plasează subiectul într-o situaţie caracteristică feminităţii, „adică pasivităţii", după Freud).

MECANISM DE APĂRARE. Termen generic care se referă la toate *strategiile psihice inconştiente prin care subiectul caută să şi*

protejeze Eul. Pentru Anna Freud, mecanismele de apărare sunt refularea, regresia, formaţia reacţională, izolarea, proiecţia, introiecţia, sublimarea etc. Melanie Klein va descrie defensele extrem de primitive: clivajul obiectului, identificarea proiectivă, negarea realităţii psihice, controlul omnipotent al obiectului, idealizarea primară, identificarea cu agresorul.

METODĂ CATHARTICĂ. De la grecescul *catharsis*, „purificare, purgaţie". Pentru Aristotel este efectul produs la spectator de tragedie. În psihiatrie, cuvântul se referă la orice formă de psihoterapie care caută *să descarce afectele patogene, făcându l pe subiect să retrăiască traumatismele*. Freud, în *Studii asupra isteriei*, a arătat că afectele care nu au reuşit să afle calea spre descărcare rămân „blocate", determinând apariţia de simptome. Metoda cathartică are deci ca obiect eliberarea de aceste afecte. *Această „eliberare" este „abreacţia"*. Afectele cathartice se regăsesc nu numai în psihanaliză, ci şi în majoritatea psihoterapiilor, ca şi în psihodramă, unde jocul permite o descătuşare de conflictele interioare.

NARCISISM. Iubire de sine însuşi. *Freud reia acest termen de la sexologi*, care l-au creat de la mitul lui Narcis, îndrăgostit de propria-i imagine. În 1910, Freud introduce acest termen spre a explica alegerea obiectului la homosexuali. În 1911, el postulează existenţa unui studiu intermediar al evoluţiei sexuale între autoerotism şi iubirea obiectală. În 1914, el integrează termenul în ansamblul teoriei psihanalitice. Narcisismul, fixaţie orientată spre sine, care se traduce printr-o *investire a libidoului în Eu,* este o etapă normală a dezvoltării copilului. *La adult narcisismul este o întoarcere la acest stadiu arhaic de dezvoltare*.

NEVROZĂ. De la grecescul neuron, „nerv". Termen introdus de W.Cullen în 1777, într-un tratat de medicină. Nevrozele sunt *afecţiuni psihice care perturbă viaţa relaţională şi sexuală a subiectului, care păstrează totuşi un contact satisfăcător cu realitatea.* Se exprimă prin simptome de angoasă, depresie, fobii, ritualuri obsesionale şi somatizări isterice.

PLĂCERE şi PRINCIPIUL PLPĂCERII. Din latinescu *placere*, „a plăcea, a fi agreabil". În psihologie, pol al vieţii afective caracterizat prin conştientizarea satisfacerii unei tendinţe. Distingem, în general, *plăceri fizice*, care provin fie de la anumite proprietăţii ale

corpului *percepute de simţurile externe* (culori, sunete, impresii tactile, savori, mirosuri), fie ale *corpului propriu* (plăcere sexuală, joc liber al organelor), *plăceri morale*, în care elementele de ordin intelectual, spiritual, social sunt predominante în raport cu elementele sensibile şi fiziologice. Freud postulează că *fiinţa umană caută* înainte de toate să *îndepărteze neplăcerea şi să procure plăcerea*. „Evoluţia proceselor psihice [...] este declanşată de fiecare dată de o tensiune plăcută sau dureroasă şi [...] se efectuează în aşa fel încât să ducă la o diminuare a acestei tensiuni, adică la substituirea unei stări neplăcute printr-o stare plăcută". Cu toate acestea, dificultăţile lumii exteriore fac ca principiul plăcerii să cedeze locul *principiului realităţii,* care face ca, fără a se renunţa la scopul final consituit de plăcere, să ne determine să consimţim să-i amânăm realizarea şi să acceptăm durerea unei plăceri momentane, înainte de a ajunge la plăcere. Principiul plăcerii este indisociabil de mecanismul adaptativ şi reglator constituit de principiul realităţii.

PROIECŢIE. Acţiune de a arunca, de a lansa înainte. În psihanaliză proiecţia îşi găseşte principiul cel mai general în concepţia freudiană a *impulsiei* (*Trieb*). Este vorba de a respinge în afară ceea ce refuză a se recunoaşte în tine însuţi sau de a fi tu însuţi. *Mecanism defensiv prin care subiectul atribuie în mod inconştient altuia unele sentimente şi dorinţe proprii.* Proiecţia este utilizată îndeosebi de paranoic.

PSIHOZĂ. Termen generic care desemnează maladiile mentale *ce afectează totalitatea conştiinţei şi alienează personalitatea.* Psihoza se traduce prin diverse simptome: halucinaţii, interpretări delirante, autism, alterarea relaţiilor cu semenul, retragerea într-un univers singular şi închis. Psihoza organică este legată de starea generală sau cerebrală. Psihoza funcţională nu are leziune organică decelabilă. Potrivit concepţiei lui Freud, *psihoza ar fi cauzată de o ruptură originară între Eu şi realitate*, care lasă Eul sub influenţa Sinelui, Eul reconstruind în consecinţă o realitate conformă cu dorinţele Sinelui. Principalele psihoze sunt schizofrenia, paranoia şi psihoza maniacodepresivă.

REFULARE. De la latinescul fullo, „care presează ţesăturile". Refularea este un mecanism de origine inconştientă, care antrenează, apoi *caută să menţină în afara conştiinţei reprezentări sau afecte care sunt incompatibile cu exigenţele Eului şi Supraeului subiectului.*

Este principalul mecanism de apărare aflat la lucru în isterie, dar şi adevăratul *promotor al incoştientului*, care se constituie pe măsură ce operează refularea.

SADISM. De la numele marchizului de Sade. Perversiune care constă în a trăi plăcerea de a-l face să sufere pe semen fizic sau moral, ori de a-l aservi şi domina.

SADOMASOCHISM. Asociere de impulsii agresive înderptate contra semenului sau contra propriei persoane. În psihanaliză este alternarea sau amestecul, la unul şi acelaşi subiect, pentru a trăi juisanţa, a trebuinţei de a-l face pe partener să sufere şi de a căuta să sufere el însuşi. Tendinţele sadice şi masochiste sunt cel mai adesea suprapuse, *întreţesute*.

SCENA ORIGINARA. Sinonim al „scenei primitive". Freud creează acest termen în 1897 pentru a desemna anumite experienţe infantile traumatizante. Este o *fantasmă a raportului sexual între părinţi*. În general este descrisă ca o scenă de violenţă. Observarea coitului parental este descrisă sub numele de „scenă originară" în „Omul cu lupi" (1918).

SINE. De la termenul german das *Es*, „acela". La *Nietzsche*, Sinele desemnează ceea ce *este în fiinţa noastră impersonal şi supus necesităţilor naturale*. În a doua topică, Sinele desemnează una dintre cele trei instanţe ale aparatului psihic, care corespund impulsiilor inconştiente, parţial ereditare, înnăscute, parţial refulate, dobândite. Din punct de vedere „economic", Sinele este *rezervorul energetic*; el exprimă puseul libidoului care caută să se satisfacă potrivit principiului plăcerii.

SUBLIMARE. De la latinescul *sublimitas*, „înălţime, noblеţe". În psihanaliză este un mecanism inconştient care are drept efect derivarea libidoului spre activităţi valoriznate pe plan social şi cultural. Freud explică în-parte *munca aritistică şi intelectuală*, făcând din ea rezultatul energiei sexuale derivate spre scopuri artistice.

SUPRAEU. Traducere a termenului german *Überich*, creat de Freud şi introdus în *Eul şi Sinele* (1923). Supraeul este una din instanţele personalităţii aşa cum a descris-o Freud în cadrul celei de a doua teorii a

aparatului psihic. El este adesea pe *nedrept asimilat cu conştiinţa morală.* Supraeul este de fapt o instanţă inconştientă generată de interiorizarea interdicţiilor familiale. Pentru Freud el este „moştenitorul complexului Oedip". Melanie Klein a introdus noţiunea de Supraeu „precoce", deosebit de dur şi de crud cu subiectul.

TOPICĂ. De la grecescul *topikos*, care priveşte locul, *topos*. *Descriere a aparatului psihic* în diferite sisteme, ascultând fiecare de legi proprii şi în care se localizează fenomene specifice. Într-o primă topică (1896–1900), Freud distinge trei sisteme: inconştient, preconştient, conştient. În a doua topică (1923) el distinge trei instanţe: – Sine, Eu, Supraeu –, care nu vin să se substituie primei topici, ci aduc o lumină diferită asupra funcţionării psihicului (Psyche).

Consilier editorial: Corina Victoria Bădulescu
Tehnoredactor: Carmen Uibar
Coli tipar: 7,5
Bun de tipar: 26 aprilie 2001
Apărut în 2001

Tiparul executat la S.C. „U.R.C. XEDOS"
TIMIŞOARA
tel. 094515656
sub comanda nr. 37/2001

Editura Excelsior vă oferă
următoarele titluri disponibile
la data de 01.05.2001

AUTOR	TITLUL	PREȚ
Corina V. Sein,	Evadare spre nicăieri	20.000
Mária P. Pongrácz,	Virágok alkonya	15.000
Nikolaus Popa,	Marele Bluff	25.000
Coleta De Sabata,	Frumoasa Tusculană	18.000
Pierre Loti,	Doamna Crizantema	15.000
Peter Handke,	Absența	45.000
Conan Doyle,	Vânătoarea de albi	8.000
Eugen Dorcescu,	Scrisori la un prieten	45.000
Charles Lalo,	Frumusețea şi instinctul sexual	55.000
Al. Metea,	M. Eminescu. Expresia artistică a motivelor folclorice	45.000
Alexandru Ruja,	Parte din întreg	30.700
Ileana Oancea,	Semiostilistica	20.000
Camelia Petrescu,	Traducerea între teorie şi realizarea poetică	45.000
Partenie Anucuța,	Logopedie	30.000
Emil Şain,	Când îşi bagă dracul coada	20.000
Emil Şian,	Desculț printre cactuşi	30.000
C. Negruzzi,	Sobieski şi românii	10.000
M. Eminescu,	Făt-Frumos din lacrimă, Sărmanul Dionis	8.000
P. Stoicescu,	Trei poveşti până mai creşti	15.000
M. Valoşka,	Pădurea iepuraşilor	15.000
R. Ostermann,	Ultima aventură a lui Sami	20.000
Emil Şain,	Tumbe prin copilărie	8.000

Studii

„Arta de a trăi constă în capacitatea de decizie care ne permite a alege când se cuvine să ne dominăm pasiunile și să ne înclinăm în fața realității și când se cuvine să ne lăsăm în voia pasiunilor, răzvrătindu-ne împotriva realității."

Sigmund FREUD

ISBN 973-592-037-9